



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO  
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – NPGA**

**RAYLENE LOGRADO BARRETO**

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES  
DE VIGILANCIA SANITÁRIA:**

Impasses e desafios da sua implementação  
em municípios baianos

Salvador

2008

**RAYLENE LOGRADO BARRETO**

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILANCIA SANITÁRIA:**  
Impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos

Dissertação apresentada ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração da Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre Profissional em Administração.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães

Salvador

2008

Escola de Administração - UFBA

B273 Barreto, Raylene Logrado

Descentralização das ações de vigilância sanitária: impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos / Raylene Logrado Barreto. – 2008.  
92 f.

Orientadora : Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria do Carmo Lessa Guimarães.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração, 2008.

1. Vigilância sanitária - Bahia. 2. Saúde pública – Bahia. 3. Política de saúde – Bahia. I. Universidade Federal da Bahia. Escola de Administração. II. Guimarães, Maria do Carmo Lessa. III. Título.

614.42  
CDD

**RAYLENE LOGRADO BARRETO**

**DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILANCIA SANITÁRIA:**  
Impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre Profissional em Administração, Escola de Administração da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em 21 de novembro de 2008

Banca Examinadora

Maria do Carmo Lessa Guimarães – Orientadora \_\_\_\_\_

Doutora em Administração – UFBA  
Universidade Federal da Bahia.

Gisélia Santana Souza \_\_\_\_\_

Doutora em Saúde Pública - UFBA  
Universidade Federal da Bahia.

Marismary Horsth de Seta \_\_\_\_\_

Doutor em Saúde Coletiva – UERJ  
Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Departamento de Administração e Planejamento em Saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

A Profa. Maria do Carmo, pela forma especial de orientar, com gestos de confiança e, num verdadeiro exercício de paciência me ajudou a construir e reconstruir cada uma das etapas deste trabalho, além das intervenções pertinentes.

Ao Núcleo de Pós-Graduação em Administração (NPGA/UFBA) pelo acolhimento por todos que o constituem, em especial ao apoio administrativo e corpo docente pelo compromisso na formação das pessoas.

A Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental, da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, órgão financiador desta pesquisa.

Aos colegas do mestrado que compartilharam conhecimentos essenciais para o desenvolvimento deste estudo.

Especial agradecimento aos gestores e técnicos das Secretarias Municipais da Saúde, os quais, gentilmente concederam-me as entrevistas e acesso aos documentos institucionais para a coleta dos dados necessários a este estudo.

Enfim, minha gratidão a todos que mesmo distante torceram, acreditaram e contribuíram de forma direta ou indireta para a conclusão de mais uma etapa da minha vida.

## RESUMO

Este estudo analisa os fatores que interferem na descentralização das ações de Vigilância Sanitária nos municípios baianos em Gestão Plena do Sistema, identificando impasses e desafios na assunção das suas responsabilidades, enquanto gestores plenos do sistema de saúde municipal. Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, descritiva, tendo utilizado o estudo de caso como estratégia de pesquisa. Os dados foram coletados através de entrevistas e análise de documentos e analisados à luz do conceito de descentralização enquanto fenômeno de natureza política por envolver transferência de poder do estado e ser por esta razão indutora de conflitos nas relações entre as esferas de governo da Federação brasileira. Os resultados evidenciaram que, embora venham sendo superados muitos obstáculos para estruturação das vigilâncias sanitárias municipais no gerenciamento do risco sanitário, e, conseqüentemente, para a promoção e proteção da saúde, ainda são muitos os desafios que se apresentam para a consolidação da VISA nestes municípios. Isto porque as insuficiências crônicas de recursos de toda natureza, além da histórica disputa de poder entre a instância estadual e municipal na tomada de decisão sobre ações e recursos para a saúde, se aprofunda na medida em que também se consolida o poder dos municípios na assunção de suas competências gerenciais na área da saúde decorrentes do processo de descentralização da saúde. Ao agregar evidências empíricas sobre o processo de descentralização da vigilância sanitária, este estudo busca contribuir para o fortalecimento desse processo no Estado da Bahia, na perspectiva da reorganização das estratégias para implementação das ações da VISA nos municípios baianos no sentido de superar os limites e impulsionar os avanços já adquiridos.

Vigilância Sanitária; Descentralização; Desafios; Impasses; Gestão Plena do Sistema.

## **ABSTRACT**

The present study analyzes the factors that interfere with the decentralizing of the actions of the Sanitary Vigilance in the municipalities of the State of Bahia under the System Full Management, identifying impasses and challenges in the assumption of their responsibilities as managers of the municipal health system. It is a kind of exploratory research, qualitative, descriptive in nature, using the case study as a research strategy. The data were collected by means of interviews and analysis of documents in the light of the decentralization concept as a political phenomenon, since it involves the transference of power from the State and consequently it induces conflicts in the relationships among the government areas of the Brazilian federation. The results of this research show that, although many obstacles for the structuring of municipal sanitary vigilances in the management of sanitary risk have been surmounted for the promotion and protection of health, there are still many challenges for the consolidation of the V.I.S.A in those municipalities. This is due to the chronic scarcity of resources besides the historic dispute of power between state and municipal organs regarding decision making processes about health actions and resources, while the power of municipalities to take on their management competencies in the health area is getting stronger. By aggregating empirical evidences about the health decentralizing process in sanitary vigilance, this study tries to contribute to the strengthening of this process in the State of Bahia, so that the strategies for the implementation of the V.I.S.A actions may be reorganized in Bahia's municipalities and limits may be surmounted and formerly acquired advancements may be put forward.

Sanitary Vigilance; Decentralizing; Challenges; Impasses; System Full Management.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

DIVISA: Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental

FNS: Fundo Nacional de Saúde

LACEN: Laboratório Central Prof. Gonçalo Moniz

NOAS: Norma Operacional de Assistência à Saúde

NOB: Norma Operacional Básica

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PAB: Piso de Atenção Básica

PAP: Programação das Ações Prioritárias

PPI: Programação Pactuada Integrada

SESAB: Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

SESAU: Secretaria Municipal da Saúde

SNVS: Sistema Nacional de Vigilância Sanitária

SUS: Sistema Único de Saúde

TAM: Termo de Ajuste e Metas

TFVS: Teto Financeiro de Vigilância Sanitária

VISA: Vigilância Sanitária



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>8</b>
1.1	ASPECTOS METODOLÓGICOS	15
1.1.1	<b>Procedimentos de coleta de dados</b>	15
1.1.2	<b>Análise dos dados</b>	17
1.2	DESENHO DO ESTUDO	17
<b>2</b>	<b>O DEBATE SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>19</b>
2.1	A CONCEPÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA REPERCUSSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA	25
<b>3.</b>	<b>A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ELEMENTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E NORMATIVOS</b>	<b>30</b>
3.1	A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA	35
<b>4</b>	<b>O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM MUNICÍPIOS BAIANOS</b>	<b>42</b>
4.1	DIMENSÃO TÉCNICA	43
4.1.1	<b>A Concepção da Descentralização e seus desdobramentos práticos</b>	44
4.1.2	<b>O Quadro de Pessoal</b>	48
4.1.3	<b>Capacitação da Equipe</b>	50
4.1.4	<b>Atividades desenvolvidas</b>	53
4.2	DIMENSÃO OPERACIONAL	56
4.2.1	<b>Infra - estrutura</b>	57
4.2.2	<b>Instrumentos Gerenciais</b>	58
4.2.3	<b>Recursos Financeiros</b>	61
4.3	DIMENSÃO POLÍTICA	63
4.3.1	<b>A autonomia decisória municipal</b>	64
4.3.2	<b>A priorização das ações de Vigilância Sanitária</b>	66
4.3.3	<b>Relações entre as esferas de governo e o jogo de interesse</b>	67
4.3.4	<b>Ações intersetoriais</b>	70
<b>5.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>74</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>87</b>
	<b>ANEXO</b>	<b>93</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A Constituição da República de 1988 aprofunda o sistema federativo brasileiro ampliando a autonomia político-administrativa das três esferas de governo: União, Estados e Municípios, sem vínculo hierárquico.

Neste contexto federado, os municípios são considerados a base político-administrativa do sistema e com muitas responsabilidades na execução de políticas públicas. Alguns autores consideram, contudo, que esta situação no Brasil pode ser considerada um problema, devido à grande desigualdade existente entre os municípios, quanto ao porte, desenvolvimento político, econômico e social, capacidade de arrecadação tributária e capacidade institucional de Estado (SOUZA, G., 2002).

O reconhecimento da saúde como um direito social e um dever do Estado firmado na Constituição Federal de 1988 foi uma das maiores conquistas dos cidadãos brasileiros. Estabeleceu como obrigação do Poder Público, em seus artigos 196 e 197, regular, fiscalizar e controlar toda e qualquer ação ou serviço de saúde – seja público ou privado – devendo orientar sua atuação no sentido de reduzir o risco de doenças e outros agravos e também de garantir a todos, em igualdade de condições, o acesso a tais ações e serviços de promoção, proteção ou recuperação da saúde. (BRASIL, 1988).

Assim, a partir da Constituição Federal de 1988, foi instituído o Sistema Único de Saúde – SUS, como forma de concretizar o direito à saúde, tendo sido

estabelecidos como alicerces fundamentais para a consolidação do mesmo os princípios da universalidade, integralidade e equidade. (BRASIL, 1988).

A Lei Orgânica da Saúde – Lei Federal nº 8080/90 foi aprovada para regulamentar a estrutura e o funcionamento do SUS e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e funcionamento dos serviços correspondentes. (BRASIL, 1990).

A Lei Orgânica da Saúde contém as diretrizes e limites que devem ser respeitadas pela União, Estados e Municípios. Estrutura o SUS e define seus objetivos e atribuições, diretrizes que devem orientar sua organização, direção e gestão, a forma como estão distribuídas as responsabilidades entre as três esferas de poder e, entre outras, disciplina a formulação e execução da política de recursos humanos na área da saúde. (BRASIL, 1990).

A implantação do SUS implicou mudanças no financiamento, na gestão e na organização dos serviços de saúde em todo território nacional, sendo a descentralização eixo estruturante, tendo como propósito promover a democratização do processo decisório na saúde, em contraposição às práticas centralizadas no âmbito federal de governo e facilitar a participação da população na construção de modelos assistenciais eficazes e com maior justiça social. Foram publicadas Normas Operacionais Básicas - NOBs<sup>1</sup> na década de 90, instrumentos de regulação do processo de descentralização, que tratam dos aspectos da divisão de responsabilidades, relação entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios, que passaram a ser responsáveis pela execução das ações.

A descentralização, a integralidade do atendimento com prioridade à prevenção, e a participação da comunidade são as principais diretrizes do SUS e as ações de vigilância sanitária, sendo de natureza preventiva, têm caráter prioritário.

A Lei Federal 8080/90, em seu art. 6º, afirma que estão incluídas, no campo de atuação do SUS, a vigilância epidemiológica, a vigilância sanitária, a saúde do trabalhador e a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Define a vigilância sanitária como “um conjunto de ações capazes de eliminar,

---

<sup>1</sup> Normas Operacionais Básicas são instrumentos normativos utilizados pelo Ministério da Saúde para operacionalizar a descentralização do sistema de saúde.

diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde”. (BRASIL, 1990 ).

O sucesso no desenvolvimento das ações de vigilância sanitária está relacionado com o tipo de cooperação e retaguarda técnica, administrativa e financeira dispensada aos níveis envolvidos na execução que independe do nível de responsabilidade assumido. O desempenho de responsabilidades, compartilhadas ou não, na maioria das situações, demanda recursos diferenciados a depender da ação a ser desenvolvida e das metas pactuadas. (COSTA; BARRETO; BARROS, 2005).

O Sistema Nacional de Vigilância Sanitária - SNVS foi regulamentado através da Lei Federal nº 9.782/99, definiu regras para o financiamento da esfera federal, criou o Teto Financeiro de Vigilância Sanitária – TFVS recolhido à ANVISA e dispôs que ela cooperaria técnica e financeiramente com estados e municípios. (BRASIL, 1999 ).

A relevância das ações de Vigilância Sanitária como ação de saúde de responsabilidade do Poder Público e como instância mediadora entre os interesses do setor produtivo (privado e público) e os interesses sanitários da coletividade , envolve dimensões política, técnico-sanitária, sócio-econômica e jurídica, tendo suas atividades natureza multiprofissional, intersetorial e interinstitucional na busca do seu objetivo de promover e proteger a saúde.

A atuação da vigilância sanitária é de natureza complexa e diversificada, e requer a execução de suas ações por equipes multiprofissionais na perspectiva do controle de riscos e proteção da saúde, com enfoque multidisciplinar e capacidade de desenvolver trabalho intersetorial. O profissional de Vigilância Sanitária deve ser capaz de criar soluções rápidas para questões novas, reorganizar os processos de trabalho por conta da introdução de novas tecnologias e inclusão de riscos sanitários relacionados ao perfil epidemiológico brasileiro, ou seja, um profissional preparado para não somente atender às demandas da sociedade, mas se antecipar a elas. (BRASIL, 2003 b).

A globalização da economia, com mudanças na oferta de produtos e serviços, eleva a complexidade da função regulatória e a demanda por ações de

fiscalização. Contudo, observa-se que a capacidade de intervenção na área de Vigilância Sanitária, tem sido restringida por deficiências encontradas na infraestrutura dos serviços, quantidade e qualificação dos recursos humanos, impactando negativamente na capacidade de lidar com a complexidade das ações desse campo, advindas dos avanços tecnológicos e científicos na produção de bens e prestação de serviços, como também da inclusão dos riscos relacionados aos grandes problemas sanitários, onde se superpõem problemas da modernidade aos antigos problemas de saúde. Sendo assim, a demanda é crescente por investimentos públicos na organização de serviços, capacitação e permanente qualificação dos profissionais para o cumprimento da missão de proteção da saúde, reduzindo riscos e agravos.

Estudos realizados sobre situação da vigilância sanitária na esfera municipal com foco especial no processo de descentralização apontam avanços e fatores restritivos para efetividade das ações de controle sanitário e proteção da saúde (BRASIL, 2000; 2002; GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; COSTA; BARRETO; BARROS; 2005; PIOVESAN e outros 2005; JULIANO e ASSIS, 2004; COHEN; MOURA; TOMAZELLI; 2004; FERRARO, 2007).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA em parceria com o Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG desenvolveu uma pesquisa exploratória em 2000, através de inquérito telefônico em uma amostra de 349 municípios, estratificados por faixa de população e região geográfica, com o objetivo de conhecer aspectos estruturais da organização e desenvolvimento das ações de Vigilância Sanitária nos municípios brasileiros. Os resultados apontaram quadro reduzido de servidores, insuficiência financeira e interferência política como fatores que obstaculizam o funcionamento da VISA. (BRASIL, 2000).

Com objetivo de contribuir para o processo de fortalecimento e desenvolvimento do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, a ANVISA em 2002, desenvolveu estudo buscando conhecer a capacidade instalada, equipe técnica, experiências e potencialidades dos vinte e sete estados e dos municípios com mais de 200 mil habitantes no Brasil. Aspectos referentes a recursos de informática insuficiente, não existência de cadastro informatizado dos estabelecimentos sujeitos à ação da Vigilância Sanitária, número insuficiente de profissionais e veículos foram

identificados, tendo sido apontado a necessidade de maiores estudos no item financiamento das ações para garantir que todas as esferas de governo aloquem recursos para a área de VISA, como também necessidade de investimentos para desenvolvimento e criação de mecanismos de fixação dos profissionais. (BRASIL, 2002).

Estudo realizado por Juliano e Assis (2004) com objetivo de analisar a organização da vigilância sanitária do município de Feira de Santana, Estado da Bahia, apontaram limites no cenário do sistema local de saúde, a exemplo de recursos humanos temporários e sem qualificação técnica, deficiência na utilização dos recursos financeiros, insuficiência de infra-estrutura e interferência política. Destacaram avanços no processo de descentralização no município, dando ênfase as articulações interinstitucionais e cadastramento dos estabelecimentos sujeitos à fiscalização sanitária.

Conforme pesquisa realizada por Cohen et al (2004) e Costa et al (2005) objetivando apresentar o diagnóstico situacional dos órgãos de VISA dos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal - GPM utilizando aplicação de questionários e observação participante, identificaram precariedade na estruturação dos órgãos, deficiente número de equipes multidisciplinares com capacitação adequada e recursos financeiros escassos para o financiamento das ações. Os estudos concluíram que a maioria dos órgãos de Vigilância Sanitária dos municípios em gestão plena estudados apresentou obstáculos relacionados a fatores políticos, organizacionais e técnicos para que o processo de descentralização fosse efetivado.

Piovesan et al (2005) realizaram pesquisa em oito municípios do Estado da Paraíba no sentido de analisar a relação entre os serviços de VISA e os contextos sanitário, epidemiológico, político, social e econômico de seus territórios. O estudo identificou fatores que reduzem a efetividade das ações de controle sanitário local, dentre eles: atribuições pouco definidas das instâncias de governo; abordagem fragmentada do campo de atuação; pouca articulação intra e interinstitucional; insuficiência de recursos humanos; baixa qualificação técnica dos profissionais; sistema de informações insuficiente, além de despreparo para utilização dos dados existentes; interferência político-partidária; falta de apoio político, assim como desmobilização e desinformação da sociedade.

Garibotti et al (2006), através de estudo realizado em três municípios da região metropolitana de Porto Alegre cujo objetivo foi aprofundar o conhecimento sobre o papel e as possibilidades de contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços de VISA, destacaram a precariedade da gestão desses serviços, sendo os principais problemas apontados: deficiências na formação e capacitação dos profissionais; precárias condições de trabalho; falta de autonomia na alocação de recursos e de auto - gestão do trabalho, além da priorização de ações de caráter restritivo voltadas para o controle e fiscalização dos produtos e serviços.

Segundo recente pesquisa realizada por Ferraro (2007) que visou formular e validar uma imagem-objetivo da vigilância sanitária no âmbito municipal utilizando técnica denominada Conferência de Consenso obteve através do consenso de nove especialistas, que uma vigilância sanitária com a descentralização bem implantada deve possuir instalações físicas adequadas e autonomia financeira; existência de planejamento setorial e intersetorial; política de recursos humanos; existência de articulação com as demais vigilâncias e desenvolvimento de ações de comunicação; existência de ações voltadas para a elevação da consciência sanitária da população e dos profissionais da saúde.

No processo de transferência das ações de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia, alguns trabalhos desenvolvidos pela VISA Estadual apontam elementos como o não cumprimento da equipe mínima; condição deficiente da estrutura física para o funcionamento da VISA, bem como a incompatibilidade da estrutura com o número de profissionais lotados na mesma; número de profissionais com capacitação adequada para executar as ações, associado à alta rotatividade destes, e recursos financeiros insuficientes são questões identificadas como fatores que interferem diretamente no baixo índice de cumprimento das ações de maior complexidade sob responsabilidade dos municípios. Ou seja, estes diagnósticos, ainda que sujeitos a alteração própria da dinâmica social, política e técnica confirmam a existência de dificuldades no processo de assunção, por parte dos municípios no Estado da Bahia, das responsabilidades e atribuições a eles destinadas pela legislação em vigor, no que diz respeito às ações de VISA. (BAHIA, 2005; 2006a).

Diante disso, esta pesquisa busca responder: **Que fatores interferem na implementação das ações de Vigilância Sanitária nos municípios baianos em**

### **Gestão Plena do Sistema, cuja responsabilidade é gerenciar o sistema de saúde do seu território?**

Esta pesquisa parte do pressuposto de que as ações da VISA, pela natureza de seu objeto e de sua intervenção, sofre interferência de fatores tanto de natureza técnica e organizacional, quanto de natureza política. Contudo, questões relativas ao profissional e qualificação de sua força de trabalho são aquelas que mais predominam devido à complexidade e ao universo de sua tarefa, que requerem saberes provenientes de diversas áreas do conhecimento, envolve formação de equipes multidisciplinares e permanência destes na instituição para as ações não sofrerem solução de continuidade. Estes requisitos ainda não estão presentes nos municípios do Estado da Bahia, na condição de gestores plenos, principalmente em relação à capacitação técnica adequada, o que compromete a descentralização plena das ações de VISA nos municípios, requerendo constante apoio do âmbito Estadual e Federal no desenvolvimento pleno desta área.

Argumenta-se que apesar do avanço na forma de gestão dos municípios, que alcançaram maior autonomia gerencial e financeira, fatores relacionados a recursos humanos e financeiros, continuam sendo os principais dificultadores da gestão local das ações de VISA. Isto porque a crônica deficiência técnica e financeira da maioria dos municípios brasileiros e, em particular os da região norte e nordeste não possibilita ampliar tal autonomia favorecendo com que a descentralização ainda mantenha características voltadas mais para desconcentração de atividades e menos para fomentar uma maior autonomia decisória dos municípios.

Assim, esta pesquisa tem como objetivo analisar os fatores que vêm dificultando e/ou facilitando a implementação das ações de Vigilância Sanitária nos municípios baianos em Gestão Plena do Sistema, identificando impasses e desafios quando da assunção de suas responsabilidades, enquanto gestores plenos do sistema de saúde municipal.

Neste sentido, esta pesquisa justifica-se pela carência de estudos que analisem a descentralização das ações de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia, numa perspectiva mais ampliada, e espera-se que seus resultados, ao agregar evidências empíricas, contribuam para o conhecimento sobre os fatores que



interferem no processo da descentralização das ações de VISA para o âmbito municipal no contexto da consolidação do SUS no Estado.

## 1.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa, descritiva, utilizando da estratégia de estudo de caso em municípios baianos no período 2006-2007.

Foram selecionados dois municípios<sup>2</sup> habilitados na condição de Gestão Plena do Sistema Municipal para ilustração da situação da descentralização da Vigilância Sanitária que foram denominados de município 1 e município 2. Utilizou-se os seguintes critérios para a seleção destes municípios: população (maiores municípios do Estado), tempo na condição de gestão plena da saúde e composição político-partidária do executivo municipal e sua relação com o executivo estadual (oposição ou situação).

### 1.1.1 Procedimentos de coleta de dados

Foram coletados dados de fontes primárias e fontes secundárias. Os dados primários foram gerados pelas entrevistas com informantes-chave e os dados secundários através da análise de documentos.

A análise documental realizada, para efeito deste estudo, buscou informações nos seguintes documentos institucionais: Plano Municipal de Saúde 2006-2009, Relatórios de Gestão Municipal 2006 e 2007, Plano de Ação da Vigilância Sanitária 2007, Normas Operacionais Básicas do SUS, legislação normativa de VISA, instrumentos de gestão (Programação das Ações Prioritárias - PAP/VS e Termo de Ajuste e Metas – TAM) Relatórios de Supervisão da Vigilância

---

<sup>2</sup> Por razões éticas os nomes dos municípios foram omitidos.

Sanitária Estadual; informações disponibilizadas nos sítios [www.saude.gov.br/svs](http://www.saude.gov.br/svs) e [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br) sobre a vigilância sanitária, documentos produzidos pelo Grupo Técnico de Vigilância Sanitária da Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO, além de artigos técnico-científicos. Para a revisão da bibliografia foram adotadas as seguintes palavras-chave: vigilância sanitária, descentralização, municípios em gestão plena.

Para tratamento dos dados coletados, reuniram-se todos os documentos identificados. Em seguida, foi realizada leitura e fichamento desses documentos que tiveram papel importante nesta fase de análise documental.

Para a realização das entrevistas semi-estruturadas foi utilizado um roteiro prévio (APÊNDICE A) que permite um contato direto com o interlocutor, destinado a orientar a condução da entrevista, facilitando a abordagem e assegurando a cobertura dos pressupostos durante a conversa. (QUIVY; CAMPENHOUDT; 1998).

As entrevistas foram previamente agendadas, sendo repassados a relevância da pesquisa e seus objetivos para o entrevistado. Foram realizadas nos locais de trabalho dos informantes-chave, durante o período de novembro de 2007 a março de 2008.

Foram observados os aspectos éticos, quando cada participante foi informado sobre o objetivo da pesquisa e do direito de desistir de sua participação em qualquer fase do processo. Solicitou-se inclusive aos entrevistados, o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em conformidade com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A presente pesquisa foi previamente submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, tendo sido aprovada em 07/11/2007 de acordo com o ofício de número 197/2007/CEP-SESAB. (ANEXO A).

Os informantes-chave foram os dois Secretários Municipais de Saúde, Coordenadores de Vigilância Sanitária e técnicos de nível superior que desenvolvem atividades de VISA nos municípios selecionados. Para seleção dos técnicos utilizou-se a técnica do “dia típico”, ou seja, entrevistaram-se aqueles que se encontravam presentes no dia da visita, tendo sido entrevistados seis técnicos nos dois municípios. O total de entrevistados foi doze.

### 1.1.2 Análise dos dados

Para análise dos dados esta pesquisa assume um conceito de descentralização como fenômeno de natureza técnica e política e, dessa forma, considera que esta envolve três dimensões: a técnica, a operacional e a política. (APÊNDICE C).

Assim, a análise dos fatores que interferem na gestão descentralizada da VISA considerou três dimensões: (i) a dimensão técnica que contempla a concepção prevalente sobre a descentralização, a quantidade e qualidade da equipe de profissionais vinculados à VISA bem como a natureza das atividades desenvolvidas pela VISA no município; (ii) a dimensão operacional que considera um conjunto de recursos operacionais, estruturais e administrativos e (iii) a dimensão política, que contempla a análise da relação entre as esferas de governo e a construção de apoios e parcerias necessários ao desenvolvimento das ações da VISA no âmbito municipal. Este conjunto de indicadores possibilitou levantar evidências sobre os fatores que interferem no processo de descentralização da VISA analisando sua natureza e predominância no âmbito municipal.

## 1.2 DESENHO DO ESTUDO

Esta pesquisa está apresentada em cinco capítulos sendo esta introdução o capítulo I. O capítulo dois discute os aspectos teóricos sobre a descentralização da saúde, buscando identificar pontos convergentes entre as diferentes correntes que tratam deste tema na literatura.

No capítulo III apresenta-se uma discussão sobre a VISA, seus aspectos históricos, normativos e conceituais, bem como o estágio do seu desenvolvimento no contexto do SUS. A análise sobre os fatores de diferente natureza que interferem no processo de descentralização da VISA, resultado desta pesquisa está desenvolvida no capítulo IV fundamentada na discussão conceitual sobre a descentralização e na condição em que se encontra a proposta de transferência das

atividades da VISA para os municípios através das normas vigentes do SUS. O capítulo cinco ressalta, a título de considerações finais, os fatores que vêm dificultando e/ ou facilitando a implementação das ações de Vigilância Sanitária nos municípios baianos em Gestão Plena do Sistema no estágio em que se encontra o processo de descentralização da saúde no Estado da Bahia.

## 2 O DEBATE SOBRE A DESCENTRALIZAÇÃO: UMA BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Os estudos sobre descentralização revelam a existência de duas vertentes principais na literatura: uma vertente anglo-saxônica (Inglaterra e Estados Unidos) e outra francesa (OPAS, 1987). Na Inglaterra e nos Estados Unidos o termo descentralização da saúde é utilizado de forma genérica, sendo definido como:

a transferência de responsabilidade em matéria de planificação, gestão e alocação de recursos, desde o governo central e suas agências para: a) as unidades de campo destes organismos do governo central; b) as unidades em níveis governamentais subordinados; c) as autoridades regionais ou funcionais com alcance geográfico e d) as organizações privadas ou voluntárias não governamentais (RONDINELLI apud OPAS, 1987, p.12).

De acordo com essa definição percebe-se que a descentralização agrega fenômenos como desconcentração de recursos e atividades, delegação de responsabilidades e tarefas e até privatização por transferência de responsabilidade do governo a entidades privadas (de caráter lucrativo ou filantrópico). (COSTA; BARRETO; BARROS, 2005).

A vertente francesa considera que a descentralização acontece quando há transferência de poder da esfera central a autoridade de uma área ou de uma função especializada, com distinta personalidade jurídica. Essa vertente diferencia descentralização da desconcentração, que é descentralização administrativa, ou seja, transferência de atribuições ou responsabilidades de execução a níveis inferiores dentro do governo central e de suas agências. Já a desconcentração pode

ser geográfica ou funcional, sendo esta a mais utilizada nos anos 70 pelos países em desenvolvimento (OPAS, 1987).

Segundo a OPAS (1987) a diferença entre a descentralização e a desconcentração não é uma questão de grau; não existe uma continuidade entre a desconcentração ou mera descentralização administrativa e a descentralização real de decisões políticas. A descentralização implica no estabelecimento de órgãos com personalidade jurídica, patrimônio e formas de funcionamento próprias. Os órgãos desconcentrados, em troca funcionam com a personalidade jurídica que corresponde ao respectivo órgão central.

Em uma perspectiva administrativa, a descentralização é vista como um processo pelo qual as esferas “superiores” transferem às esferas “inferiores” o poder decisório e resolutivo, e os recursos necessários para respaldá-lo. Diferencia de desconcentração que é um processo pelo qual as atividades são transferidas de forma concentrada em vários âmbitos periféricos. São processos que podem ser simultâneos, mas pode existir desconcentração sem descentralização (OPAS, 1987).

Guimarães (2000) considera que

Apesar do consenso observado na literatura sobre descentralização em relação a sua necessidade, pertinência, oportunidade e capacidade estratégica para administrar conflitos de distribuição de poder, de serviços e de recursos entre esferas de governo e/ou setores da sociedade, há questionamentos acerca do seu poder explicativo na medida em que não parece ainda possível dizer que existe uma teoria da descentralização e por conseqüência há polêmicas sobre sua capacidade explicativa do ponto de vista teórico, principalmente em face de uma clara inclinação normativa observada no tratamento dado à descentralização na literatura. (p.67)

De fato, é possível verificar a prevalência da perspectiva teórica normativa, na discussão sobre a descentralização principalmente até meados da década de 90. Observa-se também que a literatura no campo da saúde é também profícua neste esforço de categorizar situações que evidenciam iniciativas de descentralização. Esta situação observa-se na discussão trazida por Mendes (1988) ao destacar três dimensões mais comuns: *descentralização*, significando a transferência de poder de pontos centrais a pontos periféricos de qualquer sistema, sem ruptura nas comunicações entre eles e sem significar o afastamento absoluto

do centro. *Divisionalização*, um recurso gerencial pelo qual se formam em uma empresa unidades organizacionais independentes sob o comando de um responsável pelas diretrizes globais, caracterizando-se por sua subdivisão em segmentos quase independentes, mas sem auto-suficiência. E *desconcentração*, representando uma mera delegação de atribuições a distintos níveis da organização, sem o correspondente poder decisório. No campo da saúde, os conceitos mais utilizados são descentralização e desconcentração.

Ainda, quando Mendes (1988) assume a questão nevrálgica da descentralização que é o poder, o trata como uma categoria “administrativa”, ou seja, fenômeno “administrável”. O autor defende que a descentralização é o princípio básico para a viabilização dos Sistemas Locais de Saúde porque é, através dela, como fato político de redistribuição de poder, que se pode criar um lugar com maior ou menor grau de autonomia decisória, restabelecendo o poder local nos aspectos técnicos, administrativos e políticos. Entretanto, vale salientar que a “redistribuição de poder, quase nunca, é fruto de uma concessão do centro para a periferia; diferentemente, quase sempre surge de uma relação de negociação entre esses diferentes níveis organizacionais”.

Observa-se que a presença na literatura do conceito de descentralização fundamentado na dimensão administrativa pouco contribui para o entendimento dos conflitos de poder entre níveis de governo, ao introduzir novos atores e novas instâncias de poder no processo decisório, principalmente por conta das transferências de recursos previstos pelas propostas de descentralização que vêm subsidiando os projetos contemporâneos de redefinição do papel do Estado no Brasil.

No entanto, vale ressaltar que, apesar de ainda limitada, a discussão sobre a descentralização na literatura contemporânea, observa-se que tem sido incorporado a dimensão política no debate sobre o conceito da descentralização, considerando-se que por se tratar de fenômeno de natureza política envolvendo redistribuição territorial de poder do Estado, introduz conflitos e disputas entre os níveis de governo ao transferir encargos governamentais e recursos financeiros.

Para Souza, C. (2002) o conceito de descentralização é vago e ambíguo, ainda que políticas descentralizadas estejam em voga em diversos países. Destaca que alguns autores ressaltam a desconcentração administrativa, outros vêm a

descentralização como uma questão política que envolve uma concreta transferência de autoridade para setores, parcelas da população ou espaços territoriais antes afastados do processo decisório.

Segundo Guimarães (2000), tanto a literatura nacional como internacional argumenta que a sustentabilidade das propostas de descentralização e de mudanças no setor público tem como base a busca da eficiência, tendo fundamentação em três focos principais: transferência de poder decisório para as esferas sub-nacionais, transferência de bens públicos ou semi-públicos para empresas privadas e como forma de aumentar a participação visando o maior controle social (p. 19-20).

Guimarães (2000) também reconhece que a descentralização encontra-se presente em diversos campos disciplinares, a exemplo do campo da ciência política, onde é abordada como mecanismo democrático, que permite a autonomia política dos níveis locais e regionais, visando ao aprofundamento da democratização. No campo das ciências econômicas é considerada como transferência de responsabilidades das atividades econômicas públicas para o setor privado e no campo da sociologia é vista como um mecanismo para a autorização (“empowerment”) da sociedade civil, no sentido de desenvolver a cidadania. A descentralização para a Administração Pública, representa uma política que objetiva minimizar o poder decisório e administrativo dentro das agências públicas centrais, por meio da desconcentração, ou seja, da transferência de responsabilidade administrativa sobre os serviços básicos públicos do nível nacional para os governos regional e local.

Segundo Souza (1998), ainda que a descentralização fortaleça a possibilidade de consolidação democrática através da inclusão de diversos centros de poder às cenas política e decisória, existem fatores econômicos e políticos que interferem em seus resultados, sendo um deles a limitação da descentralização financeira em países onde as desigualdades regionais e sociais são grandes. Portanto, esse aspecto demonstra que a descentralização não acontece em um vazio político e econômico, mas que seus resultados são influenciados pelo contexto preexistente.

Nesta mesma linha de raciocínio Arretche (1996) aponta a descentralização como estratégia de reação aos regimes autoritários e



centralizadores, tornando-se indutora da democracia e do desenvolvimento regional, com forte dependência dos fatores políticos, conjunturais e culturais.

Estudo realizado em diversos estados brasileiros por Arretche (1999), expõe que governos locais aderem à descentralização de políticas sociais com base em um cálculo onde são avaliados os custos e benefícios prováveis desta decisão, sendo os atributos dos governos locais e requisitos institucionais das políticas elementos decisivos para assumir funções de gestão em cada política particular. Entretanto, segundo a autora, as estratégias de indução desenhadas e implementadas por parte dos níveis de governo interessados são decisivas para o sucesso de processos de transferência de atribuições.

Souza (2004) afirma que apesar de importantes as determinações constitucionais, normas, interesses de grupos ou capacidade gerencial e financeira não foram suficientes para deslocar a implementação de políticas universais para as esferas locais. Tanto o apoio do Executivo federal na liberação regular de recursos como o desenho institucional da política parecem ser as variáveis mais importantes para a transferência de responsabilidades para os governos locais.

A tensão existente entre níveis de governo, tanto em estados unitários como em estados federais é ressaltada na literatura sobre descentralização, relações intergovernamentais e sobre federalismo. As unidades sub-nacionais têm sido beneficiadas, uma vez que vários países com diversas características culturais, sociais, políticas e econômicas têm, cada vez mais, adotado medidas no sentido de incentivar maior descentralização de seus governos e instituições, como também maior participação da comunidade local nos processos decisórios (SOUZA, C., 2002).

Na visão de Guimarães (2000b), apesar da diversidade de abordagens sobre o tema descentralização a as diferentes fórmulas jurídico-institucionais necessárias para o processo de sua implementação, existe certo consenso em torno de idéias centrais, como transferência de recursos financeiros e de poder decisório, controle social sobre a aplicação de recursos, aumento de responsabilidades e das competências locais ( p. 60).

Segundo Stren (2002), as possibilidades positivas de todo processo de descentralização consideram o aspecto transferência do poder de decisão da área

central para a local como um fator importante para resolver problemas como a heterogeneidade de regiões e mesmo, de localidades pelo incremento que é proporcionado pela diminuição da distância entre as demandas inerentes a cada região e o poder dos gestores, desta forma, com maior capacidade de oferecer aos cidadãos maior transparência na utilização dos recursos arrecadados.

Transpondo a questão para os países em desenvolvimento, Stren (2002) alerta para a necessidade do poder central ser bem constituído para que possa implementar com sucesso qualquer projeto de descentralização. Admite que este é o fator preponderante, nessas nações, para o sucesso de projetos desta natureza. A deficiência de recursos, seja de ordem econômica, ou de preparo profissional dos gestores das regiões ou municípios, é incluída nos argumentos desfavoráveis a avanços muito rápidos nessas regiões.

Diante disso, percebe-se que a discussão na literatura sobre a descentralização envolve o reconhecimento da sua complexidade e, além do aspecto administrativo/normativo e financeiro, também necessita incorporar a dimensão política, geradora de conflitos entre as esferas de governo que transcendem os limites da regulação legal, por conta da redistribuição de poder.

Sendo assim, é possível concordar com Souza (2000) ao afirmar que a tendência atual do debate sobre a descentralização aponta para uma articulação entre as dimensões normativa e política, reconhecendo que a descentralização afeta as relações de poder e introduz novos conflitos nas relações entre esferas de governo, não podendo ser concebida exclusivamente na sua dimensão formal/legal. (p. 67).

Nesta perspectiva esta pesquisa, ao pretender analisar os fatores que interferem no processo de descentralização da VISA, assume que em se tratando de um fenômeno multifacetado, envolve fatores de diferentes dimensão e natureza, com repercussão para o desenvolvimento da VISA no contexto de consolidação do SUS como se verá na discussão a seguir.

## 2.1 A CONCEPÇÃO DA DESCENTRALIZAÇÃO DA SAÚDE E SUA REPERCUSSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DA VISA

O Movimento da Reforma Sanitária Brasileira visualizou na descentralização política administrativa para a área da saúde um ato de democratização, pois transferia o poder ao nível municipal, portanto com possibilidade de controle social. Para um país complexo como o Brasil, a municipalização é condição indispensável para a reestruturação do setor saúde (SOUZA, G., 2002).

A promulgação da Constituição de 1988 resultou do compromisso com a institucionalização de valores democráticos, em que a descentralização assumiu papel relevante. Entretanto, o papel do Estado como provedor de políticas econômicas e sociais tem passado por reformulações, ao tempo que se enfatiza a importância dos mecanismos de mercado. (SOUZA, 1998).

Em relação ao processo na área da saúde, o avanço alcançado pelo SUS, após a Lei Orgânica de Saúde, foi, sobretudo, decorrente do relevante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da esfera federal para Estados e Municípios, opondo-se ao modelo anterior do Sistema de Saúde, caracterizado pela marcante centralização decisória e financeira no campo federal. (COSTA; BARRETO; BARROS, 2005).

Ao analisar o contexto do SUS, é possível verificar que a descentralização assumida tem como objetivo prestar serviços de saúde com maior qualidade e garantir o controle e a fiscalização pelos cidadãos. Argumentam seus formuladores que quanto mais perto estiver a decisão, maior a chance do SUS dar certo. No SUS a responsabilidade pela saúde é inerente aos três níveis de governo e a sua execução deve ser descentralizada até o município. Isto implica em dotar o município de condições gerenciais, técnicas, administrativas e financeiras para exercer esta função. Souza (2000) considera que no Brasil, a descentralização da saúde é vista como estratégia para implementação dos princípios da reforma sanitária, no sentido de promover melhoria na eficiência dos serviços de saúde, ampliar a participação dos cidadãos nas decisões sobre políticas de saúde, alocação de recursos financeiros e no controle dos serviços prestados em todos os níveis.

Nesta mesma direção, Cohen, Moura, Tomazelli (2004) consideram que “a descentralização da saúde, uma das diretrizes básicas para implantação do SUS no país, tem constituído uma estratégia definidora de nova agenda para o setor” (p.291). Este processo solidificou a reestruturação da arena decisória em torno da saúde, durante os anos 90 com transferência de responsabilidades e recursos financeiros para os Estados e Municípios.

Já Levcovitz, Lima, Macedo (2001), consideram que o processo de descentralização em saúde no Brasil é do tipo político-administrativo, ao admitirem que este envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para estadual e municipal, extrapolando portanto as questões normativas e operacionais.

Nos anos 90 a agenda política foi marcada pela temática da descentralização dos serviços de saúde e pelos esforços de definição do papel dos gestores em cada esfera de governo via regulamentação através da edição de quatro Normas Operacionais Básicas - NOB do SUS, entre 1990 a 1999. Assim, nesta trajetória de normatização do processo de descentralização da saúde, constata-se em 2001 a edição da Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS, que define duas condições de gestão: Plena da Atenção Básica e Plena do Sistema de Saúde e apresenta nova configuração espacial para organização dos serviços de saúde nos estados, com vistas a regionalização, quais sejam: Módulo Assistencial: correspondente ao primeiro nível de referência; Microrregião de Saúde: espaço geográfico que conta, além da atenção básica ampliada, com serviços ambulatoriais e hospitalares de média complexidade e Macrorregiões compostas por um conjunto de municípios que se localizam no raio de influência de uma ou mais cidades, centro(s) polarizador(es) de serviços de Alta Complexidade.

De acordo com as diretrizes da NOB 01/96, o município habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica executa as ações de vigilância sanitária consideradas básicas, a exemplo da fiscalização de comércio de medicamentos e alimentos, assim como de serviços de saúde e de outros interesses da saúde, de baixa complexidade. Aos municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal cabe a realização de ações classificadas como de média e alta complexidade, a partir de negociação com as demais instâncias, notadamente com a

Vigilância Sanitária Estadual e a Comissão Intergestores Bipartite - CIB<sup>3</sup>, pactuadas através de instrumentos como o Termo de Ajuste e Metas<sup>4</sup> e a Programação Pactuada Integrada (PPI)<sup>5</sup>.

A descentralização do Sistema Único de Saúde criou condições também para o fortalecimento da gestão municipal, no que diz respeito as ações de vigilância sanitária nas áreas de regulamentação, fiscalização e controle. A partir de 1998, o Piso de Atenção Básica - PAB garantiu aos municípios a transferência de forma regular de um montante mínimo de recursos financeiros destinados, entre outros, ao financiamento das ações básicas de vigilância sanitária e atividades de educação sanitária. Por outro lado, como ficou indefinido o procedimento quanto às ações de média e alta complexidade, a ANVISA criou em 2000 o Termo de Ajuste e Metas, instrumento de gestão especificamente voltado para o processo de descentralização destas ações.

Costa, Barreto, Barros (2005) revela que a dinâmica de organização do SUS, a partir da Constituição Federal de 1988, que introduziu como princípios organizativos a descentralização, a hierarquização e o comando único por nível político administrativo de governo, não obteve a devida aderência por parte dos gestores da Vigilância Sanitária. Nem mesmo a regulamentação advinda da Lei Federal nº 8.080/90 e, posteriormente, a edição da Portaria do Ministério da Saúde nº 1.565/94, que define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, foram capazes de impulsionar seu processo de descentralização, apesar de haver definição de competências entre as três esferas de governo e do estabelecimento de bases e diretrizes para o processo de descentralização no âmbito da Vigilância Sanitária.

Isto porque, de acordo com De Seta (2006), a pactuação das ações de vigilância sanitária, entre as esferas de governo, com transparência e definição de responsabilidades e com um processo constante de avaliação de resultados e correção de rumos, envolve questões de redistribuição de poder. Nesse caso, não é um processo que depende apenas de mecanismos normativos.

---

<sup>3</sup> Comissão Intergestores Bipartite

<sup>4</sup> Instrumento gerencial entre a ANVISA, Estados e municípios, tendo como objeto o fortalecimento do SNVS através do fomento e da execução das atividades de VISA, mediante o estabelecimento de parceria entre as partes.

<sup>5</sup> Programação Pactuada Integrada é um instrumento político de gestão do SUS, que visa a pactuação entre estados e municípios para o repasse de recursos financeiros para ações do SUS.

Para Arretche (2002), a descentralização da política de saúde, ao longo da década de 90 foi bem sucedida ao transferir a responsabilidade pela gestão dos serviços públicos de saúde para os municípios, mantendo a participação federal no financiamento da política. Esta conclusão de Arretche fundamenta-se no levantamento do número de municípios que aderiram à condição de gestores do SUS a partir da edição da NOB 1/96. A autora destaca que tal adesão dos municípios foi diretamente associada à edição das Normas Operacionais Básicas porque estas definiram forma de financiamento, os mecanismos de repasse dos recursos, criou categorias de gestão diferenciadas, organizou uma estrutura de incentivos destinados a obter adesão dos mesmos, ficando o município subordinado às regras de transferência de recursos financeiros.

Souza (1998) considera que na esfera federal, os resultados da descentralização são bastante visíveis: a União tem sido particularmente afetada pelas dificuldades financeiras e tem encontrado obstáculos, embora não intransponíveis, para a montagem e sustentação de coalizões parlamentares que lhe permitam governar. Na esfera sub-nacional, todavia, os resultados da descentralização apresentam alto grau de heterogeneidade devido às desigualdades regionais existentes no país.

Este estudo ressalta que, é possível que o processo de descentralização da vigilância sanitária, para obter impacto significativo na agenda política do SUS, requeira definição clara de responsabilidades entre os gestores baseada em necessidades sobre o espaço local de ação, e não apenas em pactuação de acordo com o nível de complexidade das ações envolvidas.

Isto porque se entende que a descentralização das ações de VISA no âmbito da federação brasileira requer flexibilidade para levar em conta a heterogeneidade das situações das esferas sub-nacionais de governo, de organização jurídico-administrativa e de cultura, como também as variáveis particulares do campo da saúde, tais como: recursos humanos, materiais, prioridades epidemiológicas e riscos sanitários.

Por fim, nesta pesquisa a descentralização é compreendida não somente como um processo de transferência de responsabilidade pela gestão das ações de Vigilância Sanitária, mediante repasse sistemático de recursos financeiros e articulação entre as dimensões normativas e política, mas também como um

fenômeno de natureza política, por envolver transferência de poder do estado e ser por esta razão indutora de conflitos nas relações entre as esferas de governo.

Com este entendimento, a análise da descentralização das ações da VISA do estado para os municípios numa realidade específica, requer observar um conjunto de variáveis que apontem para autonomia gerencial, conflitos de poder em face da complementaridade de ações entre os diferentes níveis de governo, e para aspectos técnicos e organizacionais que viabilizem o desenvolvimento das ações de VISA no âmbito dos municípios brasileiros. Isto porque sua história revela uma crônica situação de dependência da maioria dos municípios das outras esferas de governo, tendo sido desde tempos remotos a instância federativa de governo menos privilegiada em termos de recursos técnicos e financeiros, ou seja, esta situação não se perpetuou “por acaso”, sendo reflexo de uma opção política concentradora de poder e só muito recentemente inicia-se um movimento de reversão desta lógica.

Assim, analisar a descentralização de programas de saúde significa verificar como os municípios vêm vencendo a “batalha” de galgar um certo grau de autonomia decisória para implementação de políticas públicas em seu território e que, no caso específico da política de saúde e especificamente da VISA, implica em verificar como vem se dando este processo de transferência de responsabilidades da execução das ações de vigilância sanitária entre estado e municípios. Ou seja, quais os enfrentamentos observados e como atuam os diferentes atores envolvidos nesse processo. Por esta razão, torna-se importante para esta pesquisa uma análise da trajetória da VISA na construção do sistema de saúde brasileiro, ressaltando seus aspectos históricos e normativos, objeto que trata o capítulo seguinte.

### **3 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA: ELEMENTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E NORMATIVOS**

A importância da Vigilância Sanitária no sistema de saúde brasileiro data de épocas bem remotas e se apresenta de forma distinta em sua trajetória histórica. Assim observa-se, por exemplo, que no período do Brasil - Colônia o controle sanitário se baseava no modelo existente em Portugal, cuja ênfase maior era dada para a legitimação de ofícios de físicos, cirurgiões e farmacêuticos e na arrecadação de emolumentos. A responsabilidade pela higienização pública era das Câmaras Municipais. Desde o século XVI existiam a fiscalização e a punição de algumas ações (COSTA; ROZENFELD, 2000).

A partir de 1808, com a chegada da família real e do capitalismo, aumento da produção, do fluxo de embarcações, da circulação de passageiros, de mercadorias, houve demanda do controle sanitário, com o objetivo de prevenir as doenças epidêmicas presentes em outras nações e para a aceitação dos produtos nacionais no mercado internacional. Neste período, observa-se o predomínio do caráter fiscalizador, julgador e punitivo que caracterizava a prática da Vigilância Sanitária desde tempos mais remotos (SOUTO, 2004).

Com o Regimento da Provedoria em 1810, surge no Brasil a prática da polícia médica, modelo vigente na Europa, regulamentando a prática médica, estabelecendo normas para o controle sanitário dos portos, controle de alimentos, inspeção de matadouros e açougues, boticas e medicamentos, e a saúde passa a



ser vista como um problema social. O alcance dessas ações ficou restrito à sede do governo (BRASIL, 2005).

Após, a Independência do Brasil de Portugal foram estabelecidos os Regimentos das Câmaras Municipais. O Código de Posturas do Rio de Janeiro foi elaborado e aprovado pela Câmara Municipal. O exercício de diversas atividades de interesse sanitário foi regulamentado e o Código apresentou a prática da licença no controle das fábricas (COSTA; ROZENFELD, 2000).

Dá-se aqui o início de uma tentativa de descentralização dos serviços de Vigilância sanitária, embora sem uma avaliação mais efetiva acerca das condições técnicas, financeiras e administrativas dos municípios, para que estes assumissem tais competências. Estes problemas afloraram a partir do surgimento de epidemias, levando a que a municipalização passasse a ser questionada, culminando com a revogação da lei que a autorizava em 1849.

Retorna assim o modelo centralizador dos órgãos, visando a melhoria dos serviços sanitários, confirmando o movimento pendular que se via observar, na história dos países, inclusive no Brasil, de centralização e descentralização dos serviços de natureza pública, ou seja, intercala épocas com predomínio do discurso governamental e da difusão de programas descentralizados e épocas em que a centralização passa a ser a alternativa. Neste cenário, as características da formação da nação brasileira desde o século XIII com grandes desigualdades sociais e com a inobservância das muitas leis e normas sanitárias favorecem a cronificação de um quadro sanitário precário e perverso para sua população. Desde então, os sistemas de saúde estão direcionados para a doença, descuidando medidas preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2005).

Com a República deu-se início a organização das administrações sanitárias estaduais e a constituição de órgãos de Vigilância Sanitária nas Unidades da Federação. Porém, com a persistência de diversos problemas sanitários, como algumas epidemias, as pressões internacionais tornaram-se constantes. O comércio portuário foi comprometido, pois era onde estavam localizados os riscos sanitários da época, ameaçando a classe dominante e o acúmulo de capital. (COSTA; ROZENFELD, 2000).

No Brasil a Vigilância Sanitária passou por várias mudanças no seu modelo, na tentativa de acompanhar a conformação do Estado. Segundo Costa (2000), na história da conformação do Estado Brasileiro observa-se que este tende, muitas vezes, para a desigualdade de tratamento, priorizando as camadas mais abastadas e excluindo a maioria da população do acesso a serviços básicos e de saúde em particular.

Nos diversos contextos históricos trilha a Vigilância Sanitária na sua função de Estado que, de forma inequívoca, atua na proteção e defesa dos interesses da saúde coletiva, regulando o mercado e, por vezes, contrariando interesses econômicos. A complexidade do objeto da Vigilância Sanitária é inigualável no setor saúde. Hoje se vive numa sociedade de benefícios e riscos globais, advindos do desenvolvimento da ciência e da tecnologia como: tecnologia nuclear, engenharia genética, microeletrônica e nanotecnologia. Acompanhá-los torna-se uma tarefa hercúlea (BODSTEIN, 2000).

Na década de 60 ocorrem duas Conferências Nacionais de Saúde (1962 e 1963) e naquela ocasião, as propostas de municipalização e de descentralização dos serviços de saúde voltam à agenda do governo. Vale destacar que nesse período surgiam inúmeras denúncias graves nas áreas de alimentos e medicamentos, envolvendo mortes pelo consumo de peixes contaminados por mercúrio no Japão; animais morrem intoxicados por ração contaminada com aflatoxinas; contaminação de carne brasileira com fármaco-anabolizante e o nascimento de bebês malformados, devido ao uso da talidomida (COSTA; ROZENFELD, 2000). É possível que este contexto tenha favorecido a retomada das estratégias descentralizadoras, como forma de reduzir os problemas de saúde no país e que o modelo centralizador não respondia.

Contudo, durante todo o período militar o modelo centralizador prevaleceu associado ao agravamento dos problemas de saúde da população brasileira revelados pelos indicadores de saúde do período, decorrentes da piora das condições de vida. Esta situação favoreceu o surgimento de um movimento político envolvendo vários setores da sociedade contra o modelo de saúde vigente, defendido pelo regime militar e que vai se configurar no que se denominou de movimento da Reforma Sanitária brasileira. Na década de 80, com a abertura política e o início da redemocratização do país, dois marcos históricos reforçam as

teses e bandeiras deste movimento: A realização da VIII Conferência Nacional de Saúde para discutir e deliberar sobre a política nacional de saúde, tendo participado deste evento mais de 5000 delegados representando diferentes setores da sociedade civil no ano de 1986 e a Constituição Federal de 1988. Assim, a saúde como direito de todos e dever do Estado, a construção de um sistema único de saúde para todo o território nacional, baseado nos princípios da descentralização, equidade e integralidade, bandeiras do movimento da Reforma Sanitária, foram incorporados pelas leis brasileiras. Daí em diante tais conquistas foram se consolidando e o arcabouço jurídico normativo do SUS passou a ser construído a partir da Lei Federal nº 8.080/90- denominada, junto com a Lei Federal nº 8142/90 que legisla sobre a gestão compartilhada do SUS, de Lei Orgânica da Saúde. Nesta lei a vigilância sanitária é definida como: “um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir ou prevenir risco à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde” (COSTA, 2004).

Neste contexto de (re) construção do sistema de saúde brasileiro a vigilância sanitária, segundo Lucchesi (2006), passa a ser considerada como um espaço de exercício da cidadania e do controle social, tendo em vista sua capacidade transformadora da qualidade dos produtos, dos processos e das relações sociais. Por conta da sua natureza demanda uma ação interdisciplinar e interinstitucional e a mediação de setores da sociedade, através de canais de participação constituídos.

Contudo, a Vigilância Sanitária criou um modelo fundamentado no *poder de polícia*<sup>6</sup> para regular as relações de produção-consumo (COSTA; ROZENFELD, 2000). Segundo Di Pietro (2003), poder de polícia é “a atividade do Estado consistente em limitar o exercício dos direitos individuais em benefício do interesse público”.

Na área da Vigilância Sanitária, o controle exercido pela Administração Pública em atividades privadas, como tentativa de defesa dos interesses coletivos,

---

<sup>6</sup> Poder de Polícia é um poder dever que se concretiza na elaboração de normas jurídicas e técnicas e na fiscalização de seu cumprimento, assim limitando as liberdades individuais e condicionando-as aos interesses coletivos assegurados pelo Poder Judiciário.

por muito tempo foi sinônimo do termo fiscalização<sup>7</sup>, que é a ação de verificar o cumprimento da lei. O debate sobre o papel da VISA enfrenta justamente, desde a sua origem, a questão do poder de polícia e o predomínio do caráter fiscalizador. Alguns autores a exemplo de Costa; Rozenfeld, 2000 defendem que esta Vigilância Sanitária não pode se restringir ao *poder de polícia* ou à *fiscalização*, pois assim se estará sujeito a minimizar o seu objeto, reduzindo seu poder de modificação das condições sanitárias da população.

Algum avanço neste sentido já vem sendo observado a partir da Lei Federal nº 5.991/73, ao denominar controle sanitário ao conjunto de ações próprias da Vigilância Sanitária, tais como: licença, autorização de funcionamento e registro, análises fiscal, prévia e de controle de produtos. Contudo, ainda se verifica a utilização do termo fiscalização, na sua essência limitante, por muitos órgãos oficiais que, continuam a se autodenominarem de Fiscalização Sanitária (COSTA, 2000).

Nesta perspectiva, o papel da Vigilância Sanitária no SUS requer o desenvolvimento de conhecimentos e saberes de outras áreas bem como a articulação e integração de forma estratégica ao conjunto de práticas gerenciais e de saúde, dado que estas não podem estar isoladas. Por esta razão a utilização de instrumentos gerenciais adequados e o incentivo a participação da sociedade civil organizada no controle da qualidade dos serviços prestados pelo setor público, são iniciativas recomendáveis segundo o que se depreende do texto da lei que cria o Sistema Único de Saúde.

Assim o Sistema Único de Saúde tem princípios e diretrizes definidas que incluem descentralização, integralidade das ações e serviços, participação da comunidade, regionalização e hierarquização da rede de serviços. A descentralização vem sendo destacada no campo da Vigilância Sanitária, como o princípio fundamental a ser implementado, para assegurar os demais. Nesta direção, o processo de consolidação do SUS no país tem se pautado na definição de estratégias e procedimentos normativos e gerenciais que conformam um conjunto de intervenções indutoras da descentralização da saúde como se verá no item seguinte deste capítulo.

---

<sup>7</sup> Fiscalização é a ação verificadora do cumprimento da norma, e, se dá, muitas vezes, mediante inspeção de estabelecimento, atividade e ambientes (COSTA, 2000:42)

### 3.1 A VIGILÂNCIA SANITÁRIA NOS MUNICÍPIOS EM GESTÃO PLENA

Após a promulgação da Constituição Federal de 1988, o principal destaque das políticas públicas de saúde no Brasil tem-se relacionado com a municipalização das ações e serviços de saúde, cabendo ao município em articulação com as demais esferas do governo a formulação de políticas locais de saúde e o gerenciamento dos recursos e instituições voltadas para a prestação de atenção à saúde (VIEIRA DA SILVA, 1999).

Na década de 90 foram publicadas quatro Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde que representaram instrumentos de regulação do processo de descentralização, definindo aspectos de divisão de responsabilidades, relações entre gestores e critérios de transferência de recursos federais para estados e municípios.

A publicação da NOB/SUS 01/96 gerou um avanço no processo de descentralização com a criação de condições de gestão para municípios e estados, definindo as competências e responsabilidades sanitárias que seriam atribuídas ao gestor municipal com a saúde de seus cidadãos (BRASIL, 2003 c).

Com o objetivo de ampliar as responsabilidades dos municípios na atenção básica, estabelecer a regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e busca de maior equidade, criar mecanismos para fortalecimento da capacidade de gestão do SUS foi publicada em 2002 a Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde.

A NOAS 2002 definiu dois tipos de gestão: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal, estabelecendo responsabilidades pela realização das ações de vigilância sanitária, cabendo aos municípios habilitados na gestão plena a execução de ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária, através de pactuação com o nível estadual (BRASIL, 2002a).

Para pactuação da execução das ações de média e alta complexidade em Vigilância Sanitária os municípios deveriam cumprir os seguintes requisitos: comprovar capacidade técnica para execução das ações; possuir equipe técnica com composição correspondente às necessidades de cobertura local; comprovar

existência de estrutura administrativa responsável pelas ações de VISA e comprovar abertura de conta bancária específica vinculada ao Fundo Municipal de Saúde para repasse dos recursos financeiros. A responsabilidade da aprovação da programação pactuada da VISA com definição de competências e obrigações de cada gestor na execução das ações de média e alta complexidade, assim como a alocação de recursos era da Comissão Intergestores Bipartite (BRASIL, 2003 b).

No Estado da Bahia, os municípios que se encontravam habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica eram responsáveis pela execução do elenco básico das ações decorrentes dos objetos relativos aos produtos, serviços, meio ambiente e ambiente de trabalho existente em cada município que compõem a Atenção Básica em Saúde. Para os municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal era definida a execução das ações consideradas de maior complexidade, a exemplo de inspeção sanitária em agência transfusional, farmácia de manipulação sem autorização especial, hospital psiquiátrico, serviços de radiodiagnóstico médico e veterinário, dentre outros. (BRASIL, 2006 b).

A partir da proposta de pactuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária aos Estados, e Distrito Federal, em 2000, o Estado da Bahia iniciou o processo de descentralização das ações consideradas especiais para os municípios, através da publicação de resoluções com o objetivo de definir as condições mínimas de estruturação organizacional e funcional que as vigilâncias sanitárias deveriam possuir para assumirem as novas responsabilidades.

A Portaria GM nº145/2001 regulamentou a transferência de recursos fundo a fundo para as ações de média e alta complexidade, estabelecendo critérios para esse repasse, sendo destinado a cada unidade federada o montante equivalente ao valor “per capita” de R\$0,15 (quinze centavos) habitantes/ano mais um valor proporcional à arrecadação das Taxas de Fiscalização de Vigilância Sanitária. Foi estabelecido o Piso Estadual de Vigilância Sanitária no valor de R\$420.000,00/ano para os estados que não alcançassem esse valor, através da parcela “per capita”. (BRASIL, 2001a).

Com a publicação da Portaria GM nº 2.473 em dezembro de 2003 foi criado o Termo de Ajuste e Metas com o objetivo de fomentar o desenvolvimento das ações de vigilância sanitária com a descentralização de recursos (R\$ 0,20 / habitante/ano) para os Estados e destes para os municípios. Ocorreu nova

pactuação entre os três níveis de governo, com reformulação dos critérios de alocação dos recursos federais, incluindo e estimulando os municípios a pactuarem a execução das ações de VISA. (BRASIL, 2003a).

Em setembro de 2004 foi editada Portaria de No. 2.023/ GM, definindo, que a partir de então os Municípios e o Distrito Federal seriam responsáveis pela Gestão do Sistema Municipal de Saúde, revogando a modalidade de transferência de recursos financeiros fundo a fundo, designada Piso de Atenção Básica Ampliada.

Apesar da execução dos serviços na área de vigilância sanitária ser descentralizada para a esfera municipal, ainda existe execução de serviços por parte das esferas estadual e federal, a exemplo da fiscalização de portos, aeroportos e fronteiras, executada pela esfera federal. Os recursos financeiros, repassados pelo governo federal e geridos pelo SUS, são ainda responsáveis pela manutenção do Sistema, inclusive pelas ações descentralizadas. (BRASIL, 2004b).

Os resultados do Censo Nacional dos Trabalhadores de Vigilância Sanitária (2004) apontam a manutenção da continuidade e certa agilidade na implementação de ações e programas com a criação da ANVISA, em 1999. Através do repasse de recursos financeiros aos estados foi possível organizar os serviços e estruturar o sistema em seu âmbito de gestão, apoiando municípios e promovendo a descentralização. Para garantir sustentabilidade do processo de descentralização, o financiamento das ações de vigilância sanitária permanece insuficiente e sua fragmentação precisa ser superada. (BRASIL, 2004a).

A sistemática de critérios e parâmetros relativos à gestão organizacional dos Serviços de Vigilância Sanitária no Estado da Bahia foi regulamentada no período de maio de 2006 a agosto de 2008 pela Resolução CIB BA nº120/06. Definia a equipe mínima municipal necessária para cumprir com a execução das ações de VISA, o elenco das ações por esfera de poder, estabelecendo padrões para a elaboração da Programação Pactuada Integrada (PPI) e definia os parâmetros necessários para habilitação dos municípios e respectivo repasse dos recursos financeiros. No que se refere ao conjunto das ações, esta Resolução estruturava-se da seguinte forma:

1. Ações Básicas<sup>8</sup> - Configuram atividades básicas como a realização de inspeção no comércio de alimentos e medicamentos, assim como serviços de saúde e outros de interesse do município;
2. Ações Especiais<sup>9</sup> - Ações que são assumidas pelos municípios em Gestão Plena do Sistema Municipal, ou que aderiram ao Termo de Ajuste e Metas - TAM;
3. Ações Exclusivas do Estado - São aquelas que o Estado, por questões estratégicas, mantém sob sua responsabilidade. Os municípios podem assumir estas ações mediante petição na CIB e comprovação de capacidade técnica, organizacional, estrutural e funcional para assumir o elenco de ações existentes no seu território.

A partir de fevereiro de 2006, o Ministério da Saúde instituiu o Pacto pela Saúde com a publicação das Portarias GM nº399 de 22 de fevereiro de 2006 e GM nº699 de 03 de abril de 2006, resultado da revisão da regulação da gestão descentralizada do SUS, com objetivo de formalizar as responsabilidades de cada esfera de governo nos chamados “pactos de gestão e regionalização”, destacando a fragmentação e a pulverização dos recursos financeiros no financiamento da gestão descentralizada como problemas a serem superados. O Pacto pela Saúde define que Estados, Distrito Federal e Municípios devem assumir as ações de saúde de sua competência, não existindo mais o processo de habilitação por condição de gestão, instituído pela NOB 01/96. Estabelece a Regionalização como eixo estruturante do processo de descentralização, consolida as várias formas de repasse de recursos federais e unifica os vários pactos existentes. (BRASIL, 2006a; 2006c).

No Estado da Bahia até fevereiro de 2006, os 417 municípios que eram responsáveis pela execução das ações básicas na área de vigilância sanitária, segundo Resolução Comissão Intergestores Bipartite - CIB BA Nº120/06. Destes, em dezembro de 2006, 38 encontravam-se na condição de gestão plena da saúde

---

<sup>8</sup> Ações Básicas- representadas pelo elenco mínimo de ações/atividades de baixa complexidade que o município em qualquer das fases de gestão deverá assumir como de sua responsabilidade, (Bahia, 2006b).

<sup>9</sup> Ações Especiais - representam ações que necessitam de recursos humanos com maior capacitação técnica, equipamentos, dentre outros, que podem ser assumidos pelos municípios através da Pactuação do TAM, (Bahia, 2006b)



e/ou aderiram ao TAM, segundo os parâmetros existentes até o Pacto pela Saúde, assumindo a responsabilidade pela realização das ações especiais em VISA, a partir da negociação com a Secretaria Estadual da Saúde e a CIB/BA. Estes municípios possuem maior autonomia gerencial e financeira do seu território e, recebem recursos financeiros da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária para aplicação na estruturação das VISAs.

O processo de habilitação de municípios e estados a uma condição de gestão foi substituído pelo “Termo de Compromisso de Gestão” que é uma declaração dos compromissos assumidos pelo gestor na condução do processo permanente de aprimoramento e consolidação do SUS.

Com referência a pactuação na área da VISA, a partir de publicação da Portaria GM nº 1998/07 foi estabelecido um novo processo entre os entes federados, onde a programação das ações de VISA deixa de ser pelos níveis de complexidade, passando a ser pela responsabilidade sanitária, de acordo com a Portaria GM nº 399/06.

Com estas novas deliberações do Ministério da Saúde, os recursos financeiros federais destinados à execução das atividades de vigilância sanitária a partir de 2007 passam a compor o Bloco de Vigilância em Saúde, com repasse fundo a fundo constituído pelo Teto Financeiro de Vigilância Sanitária (BRASIL, 2007b).

No sentido de estabelecer critérios e parâmetros do Sistema de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia, quanto à execução das ações e responsabilidades sanitárias frente ao processo de descentralização em consonância com as competências descritas no Pacto pela Saúde, encontra-se em vigor atualmente a Resolução CIB BA nº 142 de 04 de setembro de 2008. (BAHIA, 2008).

Segundo Costa (2007), a alocação de recursos no âmbito da vigilância sanitária necessita atenção especial para a situação de seus recursos humanos, a contratação e capacitação de profissionais que irão desempenhar as ações de vigilância. De acordo com o Censo de 2004 realizado pela ANVISA, do total de trabalhadores, 67,2% possui instrução de nível médio/elementar e entre esses 21.590 trabalhadores, apenas 878 informaram possuir Habilitação Técnica em

Vigilância Sanitária. A autora enfatiza que os recursos devem ser alocados considerando as necessidades em saúde, modelo de atenção, o perfil e a qualidade dos serviços prestados, estruturação da rede de laboratórios de Saúde Pública, dentre outros.

Ainda segundo Costa (2007), a necessidade de organização de serviços e implementação de ações de vigilância sanitária requer esforço ativo, incentivos e estratégias diferenciados, uma vez que o interesse dos gestores em geral e conselhos de saúde é por ações de assistência médica. Os estudos realizados pela autora revelam situações em que um dado município alcançou a condição de gestão plena do sistema municipal de saúde sem assumir as ações de média e alta complexidade na área de vigilância sanitária, o que demonstra caminhos paralelos em vez de integrados, na implementação do SUS, como também, não priorização das ações de controle de riscos e proteção da saúde. Desde 2001, outros autores (De Seta e Silva) chamaram atenção para o fato de não haver correspondência entre a modalidade de habilitação e a realização das ações de VISA.

Portanto, considerando que as ações de Vigilância Sanitária são de natureza eminentemente preventiva, um dos grandes desafios da descentralização destas ações encontra-se na gestão municipal, pelo fato da prioridade dada ao desenvolvimento das ações assistenciais, área que concentra a maioria dos recursos financeiros alocados para o setor saúde, além da expressiva demanda em todos os segmentos de atenção. Assim, não é demais supor que a descentralização da VISA requer convencimento do gestor municipal que exerce função fundamental na tomada de decisão para formulação e implementação das ações de VISA e não apenas sua regulamentação.

Costa (2007) admite também que o quantitativo de informações hoje existente identifica principalmente carências estruturais relacionadas a recursos humanos, materiais e financeiros no Sistema de Vigilância Sanitária, cuja resolução depende de decisões políticas subsidiadas em conhecimento da área, compromisso, responsabilização e governabilidade.

Em síntese, é possível afirmar que a execução das ações de vigilância sanitária é de responsabilidade das três esferas de governo e deve ocorrer de forma articulada, no sentido de garantir o controle do risco sanitário de bens, serviços e ambientes de interesse da saúde. Encontra-se, portanto nesta articulação, e na

busca da integralidade da assistência alguns dos principais desafios da descentralização da VISA, que aliados às deficiências recorrentes apontadas nos serviços municipais, representam possíveis obstáculos à efetividade da Vigilância Sanitária no âmbito municipal. A análise desta situação em municípios baianos será apresentada a seguir no capítulo de Resultados desta pesquisa.

#### **4 O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA EM MUNICÍPIOS BAIANOS**

Os resultados desta pesquisa foram obtidos a partir de um estudo de campo realizado em dois municípios do Estado da Bahia habilitados na condição de gestão plena do sistema municipal, analisando os fatores que vêm dificultando e/ou facilitando o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária em direção aos municípios.

Ao tomar como foco o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, isto é, a transferência para a instância municipal de governo de competências para executar as ações previstas pelo SUS, a pesquisa empírica pautou-se em três(3) dimensões que, segundo a literatura, também informam a discussão sobre a descentralização: (i) a dimensão técnica, a (ii) operacional e (iii) a política. Para o estudo empírico observou-se na dimensão técnica os seguintes indicadores: concepção prevalente sobre a descentralização; a quantidade e qualidade da equipe de profissionais vinculados a VISA; a natureza das atividades desenvolvidas pela VISA no município. Na dimensão operacional foram considerados os seguintes indicadores: recursos operacionais, estruturais e administrativos e a dimensão política contemplou indicadores relativos a relação entre as esferas de governo e a construção de apoios e parcerias necessários ao desenvolvimento das ações da VISA no âmbito municipal.

A análise dos fatores que facilitam e/ou dificultam a implementação das ações de vigilância sanitária nos municípios baianos demonstrou que embora muitos obstáculos para estruturação das vigilâncias sanitárias municipais no gerenciamento do risco sanitário e, conseqüentemente da promoção e proteção da saúde vêm sendo superados, ainda são muitos os desafios que se apresentam para a consolidação da VISA nestes municípios. Isto porque as insuficiências crônicas de recursos de toda natureza além da histórica disputa de poder entre a instância estadual e municipal na tomada de decisão sobre ações e recursos para a saúde se aprofunda na medida em que também se consolida o poder dos municípios na assunção de suas competências gerenciais na área da saúde.

#### 4.1 DIMENSÃO TÉCNICA

A dimensão técnica revela a concepção prevalente sobre a descentralização que se traduz, por sua vez em investimento dos gestores na estruturação e fortalecimento das vigilâncias sanitárias, através da existência de profissionais capacitados e em número adequado, no tipo de vínculo trabalhista, na existência de equipe multiprofissional e no conjunto de atividades desenvolvidas. Argumenta-se que a concepção sobre descentralização condiciona os desdobramentos e as conseqüências operativas para a implementação do SUS. De outro modo, defende-se que questões relacionadas ao profissional e sua qualificação são aquelas que mais interferem na gestão descentralizada da VISA em face da complexidade e do universo de suas tarefas que requer saberes oriundos de campos disciplinares diversos, formação de equipes multidisciplinares e permanência de profissionais na instituição com vistas a evitar problemas de solução de continuidade das ações desenvolvidas pela VISA.

#### 4.1.1 A concepção da Descentralização e seus desdobramentos práticos

Do ponto de vista do entendimento acerca da descentralização, os achados revelaram o predomínio, entre os entrevistados nos municípios estudados, de uma concepção de descentralização como transferência de responsabilidade das ações de saúde do nível federal e estadual para os municípios conferindo autonomia aos mesmos para gerenciar o sistema de saúde em seu território. Ilustra esta concepção o depoimento abaixo:

Descentralização é “Transferência de responsabilidades concentradas num determinado nível com autonomia para o município e desconcentração do poder”. (CVISA1)<sup>10</sup>

De fato, a literatura de saúde defende de forma recorrente que os resultados positivos da descentralização (Silva, 2006) estão relacionados com a possibilidade de criação de espaços de autonomia administrativa que viabilizem o aprendizado, a inovação, a participação popular e a adequação dos serviços públicos às necessidades locais.

Estes aspectos foram evidenciados pelos informantes dos municípios estudados que entendem a importância do processo de descentralização da saúde, relacionados com a possibilidade do município receber recursos e poder gerenciar o sistema de saúde em seu território embora destacassem também a importância da intersetorialidade para o alcance da melhoria de saúde da população, como ilustram os depoimentos abaixo:

Descentralização:

(Descentralização) é o repasse das ações e recursos financeiros para que o município gerencie seu território. O município próximo da realidade, os resultados alcançados serão melhores. (CVISA2)

A descentralização como princípio do SUS, eu acho que ela veio atender a esse anseio da reforma sanitária que no final das contas seria nós mesmos entender daquilo que a gente sente como necessidade de saúde. Como é que o município poderia estar sendo administrado, gerenciado pela VISA Estadual que tem diretrizes

---

<sup>10</sup> Siglas utilizadas para identificação dos informantes: SSM1: Secretário (a) da Saúde do Município 1; SSM2: Secretário(a) da Saúde do Município 2; CVISA1: Coordenador(a) da VISA do Município 1; CVISA2: Coordenador(a) da VISA do Município 2; TVISA1: Técnico(a) da VISA do Município 1; TVISA2: Técnico(a) da VISA do Município 2.

gerais e que nós aqui com a participação popular, com outras Secretarias, com a intersectorialidade tão necessária a VISA poderíamos estar focados naquilo que é necessidade do município, do local, das pessoas. (SSM1).

Esta compreensão sobre descentralização ressaltada pelos depoentes, é coincidente com aquela defendida por Souza, G. (2002), que, ao discutir sobre a descentralização da VISA, defende que a transferência de responsabilidade do desenvolvimento de ações da VISA para o nível local do sistema de saúde se configura como possibilidade de aproximá-la dos problemas percebidos pela população, de torná-la permeável aos interesses sociais, de integrá-la às demais práticas de saúde e de romper com o isolamento a que este setor da saúde foi relegado.

No Relatório de Gestão de um dos municípios estudados, constatou-se o reforço desta visão sobre a importância da instância municipal assumir maiores responsabilidades com a execução das ações da VISA pela sua proximidade com os problemas concretos da população:

A transferência das responsabilidades das ações de fiscalização do âmbito estadual para o municipal intensifica as relações entre o setor regulado e o regulador, pois as mesmas acontecem mais próximas e freqüentes de onde são executadas, tendo como consequência o aumento da efetividade, com o processo de cadastramento e cadastramento dos estabelecimentos e serviços alvos da VISA. (Plano Municipal de Saúde do Município 2, 2006-2009, p. 64)

Outros informantes dos municípios estudados afirmaram que com a municipalização da saúde, os municípios passaram a assumir a formulação de políticas no âmbito local, sendo responsáveis pelo planejamento, organização, execução, avaliação e controle das ações e serviços de saúde.

Do mesmo modo, segundo entrevistados do município 1, constatou-se o fato de que o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária vem ocorrendo de forma negociada com o Estado e que a posição da gestão municipal é a de não aceitar o repasse dos procedimentos da VISA sem previa capacitação dos técnicos.

... (A descentralização da VISA vem se dando....) Através de um processo negociado com o Estado. Ações repassadas mediante aceitação do município e prévia capacitação. (CVISA1)

A descentralização deveria ter como referência a própria estrutura e capacidade da VISA municipal em assumir as atividades. Eu vejo como transferência de responsabilidade, ações, mas com autonomia. (CVISA1)

Por outro lado, no município 2, chama atenção para o efetivo aprimoramento do desenvolvimento das ações de VISA no município a partir da pactuação das atividades através da Programação Pactuada Integrada – PPI e Termo de Ajuste e Metas – TAM que viabilizou repasse de recursos financeiros para estruturação e fortalecimento das estruturas locais. Em seu Relatório de Gestão o município assegura que:

Com o repasse através do TAM, segue-se a municipalização de fiscalizações de laboratórios de análises clínicas, hospitais, laboratórios de análises patológicas chegando aos estabelecimentos de assistência médica, odontológica e veterinária, através e após a assinatura do convênio e a inclusão do município nas ações pactuadas através da PPI e TAM, que no momento atual está sendo cada vez mais aprimoradas diversas ações no município. (Relatório Gestão do Município 2, 2006, p. 59)

Ainda em relação aos requisitos para a descentralização das ações de VISA, na perspectiva dos municípios estudados, observou-se que, embora nem sempre este processo é visto como prioritário pelos gestores municipais, consideraram que há ganhos para os municípios com a descentralização das ações da VISA. Assim, alguns entrevistados entendem que a descentralização da vigilância sanitária contribui para estruturação dos serviços, com aquisição de equipamentos, capacitação dos profissionais, principalmente a partir do repasse fundo a fundo dos recursos financeiros do nível federal com a presença de avanços significativos.

Embora seja menor do que em outras por conta dos interesses que essa área permeia, eu acho que quando se trata da vigilância epidemiológica é mais fácil porque é muito vital. Você tem processos que envolvem a assistência à saúde. Quando chega na VISA, que sempre fica um pouco à margem do sistema de saúde pelo entendimento que as pessoas não tem ainda sobre promoção à saúde e prevenção, que é este o trabalho da VISA. Ainda estamos pensando muito na doença, no adoecer. E por isso as outras vigilâncias chegam primeiro que a VISA. A descentralização da VISA está acontecendo. (SSM1)

É importante que isso aconteça, mesmo que seja mais lentamente que as outras áreas por conta da preponderância de outras questões que ainda a saúde não deu conta que é a assistência. Talvez, por conta do modelo que a gente vivenciou até hoje, um modelo muito centrado na doença. Então, estamos agora talvez numa transição



que isso venha favorecer as vigilâncias, a ambiental que está chegando aí e a VISA com outro olhar de promoção à saúde. (SSM1)

Chama atenção, contudo, para um aspecto ressaltado pelos entrevistados sobre a falta de conhecimento da população em relação ao papel da VISA na promoção e proteção da saúde, o que, na sua visão, propicia a não cobrança de produtos e serviços de melhor qualidade, como também recursos humanos qualificados para desenvolver as ações além da prevalência do próprio modelo de assistência à saúde que ainda prevalece no país. Estas questões foram identificadas pelos municípios como impasses do processo de descentralização das ações de VISA.

Eu acho que os impasses é a questão do modelo mesmo. Você pode ver que com a atenção básica que a gente começou a mudar através da saúde da família que tem outra lógica que não a assistencial apenas, então a gente está trazendo, inclusive para a população um novo olhar. Quando a população tiver consciência disso aí vai forçar um pouco os gestores a ter outra visão do que é saúde. Por exemplo, a gente poderia citar agora a questão da dengue, a gente vai sair para trabalhar com os supermercados porque têm que dar conta que a população tem que compreender os processos que ela tem que vivenciar na saúde e assim juntos diminuiria muito os impactos políticos, impactos da indústria. Nós ainda vivemos um modelo que tem na sua preponderância o complexo médico, farmacêutico, industrial. Isso é um grande impasse que considero que a VISA, a vigilância ambiental ainda esteja num patamar que a população possa entender melhor e os gestores também. O conhecimento que a população não tem sobre VISA é um impasse, pois a população termina não cobrando devidamente do gestor. (SSM1)

A grande dificuldade é o relacionamento com o público, ou seja, o controle social que ainda é muito incipiente sobre o conhecimento do público em relação à VISA. (TVISA2)

Hoje, divulgar o que é a VISA. O maior desafio nosso é a educação sanitária da população. (CVISA2)

Estudos realizados por diversos autores destacam que a incorporação das inovações tecnológicas por diversos segmentos da sociedade e a constante intervenção do homem no meio ambiente, tornam cada vez mais necessário conhecimento técnico da equipe que atua em VISA, sendo a capacitação e atualização um requisito permanente para desempenho das suas funções de defesa e proteção da saúde. (COSTA & SOUTO, 2001; GARIBOTTI; HENNINGTON; SELLI, 2006; COSTA, 2003).

Estes achados revelam que a análise do processo de descentralização da saúde, na sua dimensão técnica, coloca a questão da qualificação para o trabalho, como central para a maioria dos entrevistados nos dois municípios, por entender que esta é fundamental para elevar o conhecimento técnico necessário ao desempenho integral das atividades relacionadas com a vigilância à saúde. Assim, a questão de recursos humanos foi considerada um fator condicionante dos resultados da descentralização da VISA, tratado no item seguinte deste capítulo.

#### **4.1.2 O Quadro de Pessoal**

Estudiosos da área de recursos humanos para a saúde argumentam que a insuficiência de pessoal e sua baixa qualificação técnica são fatores que reduzem a efetividade das ações de VISA, sendo a contratação através de concurso público importante para evitar a alta rotatividade dos profissionais. (PIOVESAN e outros 2005; COHEN; MOURA; TOMAZELLI; 2004; BRASIL, 2001 c).

Estas assertivas, consensuais na literatura, orientam as análises acerca do recurso humano para a saúde visto como fator preponderante para a descentralização das ações de saúde para os municípios, especificamente da VISA objeto desta pesquisa.

O quadro de pessoal existente nos dois municípios estudados para atuação em VISA é constituído por um quantitativo suficiente de profissionais de nível superior e médio, conforme determina a Resolução CIB BA nº 120/2006. Nesta Resolução da CIB BA está definida uma equipe mínima municipal, destacando a importância desta equipe como requisito indispensável para que o município possa cumprir com a execução das ações da VISA sob sua responsabilidade (BAHIA, 2006 b).

Contudo, ressalta-se aqui que, embora o número de equipe/profissionais esteja de acordo com o que prevê a legislação do SUS, conforme sinalizado acima se identificou nos municípios estudados um elevado percentual de contratos temporários, contrariando esta própria legislação, a qual estabelece que a

investidura em cargo público dependa de aprovação em concurso público, pois os cargos temporários podem favorecer a descontinuidade das atividades e desperdícios dos investimentos em capacitação. Constatou-se, por exemplo, que do total de sete (07) técnicos de nível superior existentes no município 1, apenas três (03) fazem parte do quadro efetivo, sendo que a maioria (57%) possui contrato temporário de trabalho. No município 2, dos quinze (15) técnicos de nível superior, 80% têm contratos temporários de trabalho.

Esta situação contraria também conclusões obtidas em outros trabalhos, a exemplo do realizado por Souza, G. (2002), quando defende que o trabalhador da VISA deve ser contemplado com uma carreira típica de Estado, ter estabilidade no emprego e salários dignos para que possa exercer com exclusividade suas funções.

Nos municípios estudados, os contratos existentes são os mais diversos, desde o recrutamento por concurso até os contratos administrativos e temporários. Chama atenção que 73% dos profissionais de nível superior que exercem atividades nos municípios estudados ingressaram na Secretaria da Saúde dos municípios estudados através de contratos temporários. Em relação aos profissionais de nível médio, identificou-se também a existência de contratos temporários bem como o ingresso através de concurso público.

Do mesmo modo, a instabilidade funcional foi também observada em relação aos coordenadores de VISA, ao constatar que nenhum dos dois pertence ao quadro permanente dos respectivos municípios, o que deixa a área sujeita a possíveis mudanças na condução do processo de gestão.

Esta situação expressa a precariedade do vínculo empregatício dos profissionais que pode propiciar elevada rotatividade, além da discordância entre o número de cursos ofertados e o de profissionais atualmente capacitados exercendo atividades na área de vigilância sanitária.

Segundo estudos realizados no Brasil, a vigilância sanitária, sendo a face mais complexa da Saúde Pública, campo de expressão e embate de nítidos conflitos de interesses e devido a diversidade de objetos que fazem parte da sua área de atuação requer para a realização de suas atividades, a incorporação de saberes advindos de várias áreas do conhecimento humano, o que torna imprescindível o

envolvimento de equipes multidisciplinares. (COSTA & SOUTO, 2001; SOUZA, G., 2002 apud ROZENFELD & PORTO, 1992; BARRETO & VIEIRA, 2005).

Os achados desta pesquisa evidenciaram que os profissionais que compõem as equipes de VISA dos dois municípios estudados são oriundos de diversas áreas de formação, sendo relevante a quantidade de enfermeiros, médicos veterinários e odontólogos. Contudo, este contingente de profissionais não recebeu treinamento específico em vigilância sanitária, ressentindo de capacitação nas diversas áreas de atuação da VISA além do que, a sua maioria não faz parte do quadro efetivo dos respectivos municípios. Esta situação leva a concluir que os municípios estudados não contam ainda com uma equipe de profissionais com a capacitação e inserção trabalhista adequadas para desenvolver ações da vigilância sanitária como se verá adiante.

#### **4.1.3 Capacitação da equipe**

O quadro de pessoal no que diz respeito ao seu quantitativo, ainda que utilize dos recursos de contratação temporária, não foi considerado, nos dois municípios estudados, como uma questão dificultadora da descentralização das ações da VISA para os municípios. Ou seja, parece que em relação aos recursos humanos o problema se localiza mais na qualidade e menos na quantidade de trabalhadores.

Assim, a ausência de conhecimento técnico foi destacada por um dos informantes do município 1 como decorrente da insuficiente capacitação dos profissionais de saúde, citando como exemplo a lacuna observada na área de inspeção em serviços de saúde, o que tem se constituído em fator dificultador para implementação das ações de VISA no município.

Esta situação está também reforçada nos Relatórios de Gestão (2006; 2007) dos dois municípios, quando se identificaram problemas referentes à inadequação da capacitação de servidores, além de outros fatores como, por exemplo, o já citado tipo de contrato de trabalho além da incipiente articulação intra-

institucional apontado como geradores de dificuldades enfrentadas para consolidação das ações.

Inadequação do quadro de servidores, bem como da definição de cargos específicos de vigilância em saúde considerando que em sua maioria são servidores terceirizados. (Relatório de Gestão do Município 1, 2007, p.95)

...Há necessidade de maior integração inter e intra institucional para o desenvolvimento das ações....No âmbito intra-institucional, há necessidade de maior integração com a Vigilância Epidemiológica, o Centro de Referência da Saúde do Trabalhador, Centro de Controle de Zoonoses, e Departamento de Atenção Básica e Controle e Avaliação. (Relatório de Gestão do Município 1, 2006, p.130)

Pesquisa realizada pelo Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (BRASIL, 2000), sob encomenda da ANVISA, constatou que em 349 municípios a "capacitação de recursos humanos" é o fator que apresenta maior contribuição para a melhoria dos serviços de vigilância sanitária (71,7%), seguida da "autonomia administrativa", que totalizou 60,4% dos municípios da amostra.

Ferraro (2007) por sua vez, considera a existência de uma política de capacitação de recursos humanos e equipe de profissionais em quantidade e variedades suficientes aliada à autonomia financeira para respostas rápidas, como os fatores essenciais para uma vigilância sanitária com a descentralização bem implantada. Defende que enquanto os profissionais não estiverem aptos no que diz respeito à capacitação, cabem aos demais níveis do sistema apoiar o município. Ressalta ser o município o maior interessado em tudo que diz respeito ao seu território, devendo ele participar de todas as ações nele realizadas, mesmo que por outra esfera de governo.

Apesar do quantitativo de profissionais capacitados através dos diversos eventos promovidos pelo nível estadual nos anos 2003 a 2006, tendo sido incluídos servidores do nível municipal (BAHIA, 2006 a), diversos foram os relatos da necessidade de capacitação da equipe das vigilâncias sanitárias municipais para ampliar seu conhecimento técnico, como ilustra os depoimentos abaixo:

O município, em geral, os municípios do país precisam de equipe, precisam de um intenso processo de capacitação para assumir as novas responsabilidades emanadas no processo de descentralização. (CVISA1)

(o que é preciso)... Recursos humanos capacitados. Os mesmos concluem a graduação sem conhecimento mínimo na área de VISA ficando sob responsabilidade do município a capacitação destes e, muitas vezes estes se deslocam para outros municípios. (SSM2)

A inexistência de uma política direcionada para capacitação dos profissionais foi verificada na análise dos Relatórios de Gestão (2006; 2007) dos dois municípios. Ou seja, não se verificou a explicitação e resultados de iniciativas realizadas na perspectiva da capacitação de seus trabalhadores.

Chama atenção o fato dos entrevistados dos dois municípios destacarem ser o nível estadual o maior responsável pela formação dos recursos humanos na área de VISA e aludindo para a responsabilização desta instância pela ausência de ações voltadas para a capacitação de pessoal como ilustrado abaixo:

O (Estado) é o parceiro mais forte na execução de uma política de recursos humanos voltada para VISA no que se refere à preparação, sob o aspecto técnico e legal dos servidores é a DIVISA/SESAB. (CVISA1)

Esta “transferência” de responsabilidades de uma esfera de governo para a outra, é também recorrente nos estudos sobre o processo de implementação da descentralização (GUIMARÃES, 2000). Observa-se que em algumas situações a esfera estadual atribui a responsabilidade de possíveis “insucessos” do processo às dificuldades operativas dos municípios, e estes, atribuem à esfera estadual ou à federal, os responsáveis pelas suas deficiências. Nesse jogo de “empurra/empurra” é que vêm se dando as transferências de responsabilidades previstas no processo de descentralização da saúde desde o início da década de 90 quando da criação do SUS no início da década de 90 (GUIMARÃES, 2000).

Nesta pesquisa o que se observou é que parte deste jogo é explicado em face das dificuldades e receios frente à assunção de novas responsabilidades a que os municípios vêm sendo obrigados face ao processo de descentralização. Os informantes revelaram preocupação com este processo, não só pela forma como vêm ocorrendo as transferências, como principalmente pela necessidade de capacitação prévia dos profissionais, já referida anteriormente, no sentido de garantir a qualidade dos serviços prestados.

Para repassar as ações, primeiro tem que oferecer um treinamento, ações conjuntas, tem que ter tido preparação prévia para acontecer o repasse. Não de forma aleatória. Tome aqui, esse problema é seu. Não é assim. (CVISA2)

Ainda nesta perspectiva da capacitação técnica dos municípios para assumirem as ações da VISA no seu território, observou-se nos dois municípios estudados a ausência de assessoria jurídica para suporte das ações da VISA, considerando que a rotina da VISA envolve questões específicas de natureza jurídica.

Além disso, foi também citado pelos entrevistados, a ausência de reuniões técnicas como espaço para discussão de temas diversos de interesse da VISA, o que foi considerado como sendo um aspecto que influencia negativamente no desenvolvimento das atividades da vigilância sanitária.

Apesar das dificuldades para implementação das ações de VISA, a descentralização foi considerada pelos entrevistados como sendo um processo que tem contribuído no controle de riscos à saúde no nível local, mesmo sendo ainda restrito o leque de ações desenvolvidas pelos municípios em gestão plena, como se verá no item seguinte.

#### **4.1.4 Atividades desenvolvidas**

Muitos municípios ainda apresentam dificuldades no desenvolvimento das suas atribuições definidas através da Lei Federal 8080/90, em função de inúmeras dificuldades seja de ordem gerencial, financeira, organizacional ou de recursos humanos, sendo que a vigilância estadual vem assumindo a execução de ações consideradas de atenção básica de responsabilidade do nível municipal (BAHIA, 2006a).

Esta questão foi observada tanto nos Relatórios de Gestão (2006; 2007) como nos Planos de Ação VISA 2007 dos dois municípios, os quais, apesar de se encontrarem na condição de gestores plenos do sistema municipal, a forma de gestão mais avançada, desenvolvem fundamentalmente ações consideradas da

atenção básica, a exemplo de inspeção sanitária no comércio de alimentos, comércio de produtos, dentre outros. Na visão dos entrevistados esta situação ocorre em face da necessidade de capacitação específica para assunção da responsabilidade referente às ações consideradas de maior complexidade.

Município tem uma posição de não aceitar os procedimentos de alta complexidade enquanto não tiver equipe capacitada para tal. (CVISA1)

A gente prioriza basicamente a área de produtos e serviços. No campo de produtos a gente tem priorizado os alimentos. Serviços, as unidades de média e baixa complexidade de atenção à saúde. Alta complexidade não está conosco. (CVISA1)

Ao se fazer uma análise das atividades implantadas, com base nas informações dos Relatórios de Gestão (2006; 2007) das duas Secretarias Municipais da Saúde estudadas, identificou-se que o município 1 não emitiu nenhum auto de infração, enquanto que o município 2 emitiu 263 autos no período analisado, porém sem registro de abertura e conclusão de processo administrativo sanitário. Desse modo, percebe-se que a ausência de assessoria jurídica para suporte às ações, bem como o reduzido apoio político local, parecem induzir os técnicos a optarem pela aplicação do instrumento de notificação em detrimento dos autos de infração, evitando assim maiores conflitos para equipe técnica.

Com referência à natureza das atividades desenvolvidas pelas VISAs municipais foi identificada grande influência na execução das prioridades estabelecidas nos instrumentos de pactuação para organização dos processos de trabalho, e conseqüente cumprimento das metas pactuadas firmadas entre o nível estadual e municipal sendo priorizada a realização de inspeções sanitárias na área de produtos, dando ênfase a alimentos. Na área de serviços o foco são os serviços de saúde de baixa e média complexidade. Atividades de Vigilância da Qualidade dos Alimentos com ênfase nas refeições servidas em restaurantes foram identificadas como fazendo parte da rotina de trabalho do município 1. Os serviços considerados de alta complexidade, de acordo com a Resolução CIB/BA nº 120/06 são de competência do nível estadual. Observou-se que os municípios estudados vêm assumindo gradativamente a realização das ações classificadas como especiais na referida Resolução, vinculando o repasse à capacitação da equipe técnica.



Algumas iniciativas em relação ao desenvolvimento de atividades educativas foram identificadas nos Relatórios de Gestão (2006; 2007), principalmente no que diz respeito à realização de palestras envolvendo o setor regulado, distribuição de material informativo durante as inspeções sanitárias, feiras de saúde e festas populares. A fala de um dos entrevistados do município 2 ilustra a realização destas ações educativas.

Nós executamos diversas ações, principalmente ações educativas. Por exemplo, educar para não punir, onde foi chamado todo pessoal da área clínica e odontológica para que fizesse treinamento da maneira correta de como fazer o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde. Na parte de alimentos, como proceder com armazenamento e comercialização de todos os produtos de gêneros alimentícios em mercados, supermercados. Então, restaurantes teve uma palestra. Consultório odontológico teve outra. (CVISA2).

Dessa forma, percebe-se a ênfase nos procedimentos de inspeção sanitária, limitando as ações de controle do risco sanitário à saúde da população, como também a concentração dos esforços no atendimento à demanda espontânea, demonstrando assim, dificuldades técnicas e organizacionais para planejamento e cumprimento integral das ações de responsabilidade da VISA.

Outra questão considerada importante no desenvolvimento das atividades da VISA no âmbito municipal refere-se, em um dos casos estudados, à extensão territorial e ao fato de ser um município cuja localização é um entroncamento rodoviário. Tais condições geográficas foram identificadas pelos entrevistados dos municípios 2 e identificados no Plano de Ação da VISA 2007 como dificuldades existentes para execução das ações sob sua responsabilidade, como ilustra o trecho abaixo do Plano de Ação do município:

Vale ressaltar que o município continua enfrentando algumas dificuldades pela sua extensão territorial, e pelo fato da cidade ser horizontalizada, necessitando de um quadro funcional maior para atender as demandas do município. (Plano Ação VISA do Município 2, 2007, p. 03)

Por fim, a necessidade de ampliação da capacidade do Laboratório Central de Saúde Pública Prof. Gonçalo Moniz – LACEN para respostas rápidas foi apontado por um dos entrevistados do município 1 como um dos fatores dificultadores na implementação das ações da VISA municipal, considerando que o suporte laboratorial desempenha papel importante, subsidiando as VISAs na tomada

de decisão no que diz respeito às ações de fiscalização e monitoramento da qualidade dos produtos e serviços.

Contudo, sem desqualificar os avanços alcançados nesta dimensão, este conjunto de achados revela que estes resultados estão diretamente relacionados ao cumprimento das exigências normativas, desvinculadas do compromisso de fortalecimento de estrutura local para enfrentamento das diversas demandas relacionadas com o controle de risco sanitário, como revela a análise dos achados relativos à dimensão logística do processo de descentralização, apresentada no item seguinte deste capítulo.

## 4.2 DIMENSÃO OPERACIONAL

Na dimensão operacional busca-se identificar questões relacionadas com a infra-estrutura física, com os recursos disponíveis inclusive os financeiros e com instrumentos administrativos que interferem na implementação da descentralização das ações de vigilância sanitária do estado para os municípios determinando o desempenho da vigilância sanitária municipal.

De acordo com Ferraro (2007), uma vigilância sanitária com a descentralização bem implantada deve possuir instalações com espaço físico adequado à realização das ações, setor de informação composto de pessoal qualificado para atendimento ao público, desenvolver ações como controle de produtos e vigilância de prestadores de serviços, assim como receber queixas e/ou denúncias.

No que diz respeito a infra-estrutura levantou-se a situação das instalações físicas destinadas a coordenação da VISA no município; para análise dos recursos verificou-se a existência de veículos para as inspeções e a situação dos recursos financeiros; para a análise do apoio operacional administrativo buscou-se analisar a existência e utilização de cadastro informatizado e um conjunto de instrumentos de trabalho recomendáveis para o desempenho da VISA. Assim, nesta dimensão operacional, assume centralidade a questão da infra estrutura e dos

recursos financeiros como essenciais para a consolidação das competências municipais em relação a VISA como se verá em seguida.

#### **4.2.1 Infra-estrutura**

Segundo a Resolução CIB/BA nº 120/06, o Serviço de Vigilância Sanitária deverá dispor de espaço físico, mobiliário, equipamentos e instrumentos específicos, infra-estrutura de informática e veículos de uso exclusivo para o desempenho satisfatório das ações. (BAHIA, 2006b).

O estudo empírico realizado por esta pesquisa constatou nos municípios estudados que estes possuem estrutura organizacional diferenciada, existindo no município 1 uma Diretoria de Vigilância em Saúde, agregando as áreas de Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Saúde Ambiental, Saúde do Trabalhador e Zoonoses. No município 2 existe uma Gerência de Vigilância Sanitária e Ambiental ligada à Diretoria da Atenção Básica. Percebe-se no município 1 situação favorável a reorganização dos serviços e ampliação da possibilidade de desenvolvimento de práticas articuladas para o controle e gerenciamento dos fatores de riscos sanitários que podem comprometer a saúde da população.

Os resultados do estudo destes aspectos nos dois municípios revelam que a existência de espaço físico em condições satisfatórias, contribuindo para o desenvolvimento das atividades, foi um fator considerado facilitador pelos entrevistados dos municípios para a implementação das ações da VISA no âmbito municipal, conforme relata informantes de um dos municípios estudados .

A estrutura física também é positiva. (TVISA1)

A gente tem aqui uma estrutura física razoável. (CVISA1)

No município 1, observou-se, tanto na fala dos entrevistados como na análise do Plano de Ação da VISA 2007, que aspectos relacionados ao número insuficiente de veículos e de equipamentos foram apontados como dificuldades existentes para execução das ações de VISA sob responsabilidade do município.

Os resultados do presente estudo revelaram que, em relação ao espaço físico, os dois municípios possuem local adequado para o desenvolvimento das atividades administrativas nas dependências da Secretaria Municipal da Saúde. No entanto, em relação ao desenvolvimento de ações de vigilância, no âmbito do território do município, a existência de veículos é imprescindível, e em um dos municípios estudados verificou-se que este não dispõe de número suficiente desse equipamento de trabalho. Ou seja, o município 1 relata dispor apenas de dois veículos, sendo necessário no mínimo 03 veículos, segundo entrevistados, trazendo prejuízos ao desempenho das atividades, enquanto o município 2 tem à disposição seis veículos e duas motos. Desse modo, percebe-se no município 2 situação favorável para proporcionar melhores condições de estruturação do serviço de VISA no enfrentamento dos problemas locais que podem comprometer a saúde da população.

#### **4.2.2 Instrumentos Gerenciais**

A existência, a atualização e utilização de cadastro informatizado dos estabelecimentos sujeitos à ação da VISA bem como sua disponibilidade no nível local são consideradas essenciais para o planejamento e para subsidiar uma intervenção organizada e efetiva. Ou seja, um cadastro atualizado de estabelecimentos favorece a atuação com base no gerenciamento dos fatores que apresentem maior potencial de risco à saúde da população.

Entretanto, nos municípios estudados nesta pesquisa, o cadastro dos estabelecimentos encontra-se informatizado, mas não atualizado, dificultando assim a atividade de planejamento para cumprimento das atribuições de responsabilidade da VISA municipal, conforme registro no Relatório de Gestão do município 1 abaixo transcrito:

Os cadastros de estabelecimentos sob regime de VISA disponíveis no setor se baseiam na demanda espontânea e decorrem do processo de licenciamento sanitário inicial. (Relatório de Gestão do Município 1, 2006, p. 129)

Nesta direção observou-se que embora existisse cadastro dos estabelecimentos sujeitos à ação da VISA informatizado nos dois municípios, estes não se encontravam atualizados. Acresce a isto o fato de que sendo um instrumento para subsidiar o planejamento das atividades, observou-se que a programação é direcionada para o atendimento das demandas requeridas diretamente ao serviço, ou seja, voltadas basicamente para as solicitações do alvará sanitário. Esta situação evidencia que os estabelecimentos sob responsabilidade da VISA que não solicitem o alvará sanitário podem permanecer funcionando de forma irregular, podendo apresentar risco à saúde da população.

Por outro lado, na análise dos Relatórios de Gestão (2006; 2007) dos dois municípios estudados, constatou-se que a notificação vem sendo o instrumento de trabalho mais utilizado na rotina da VISA, sendo aplicada nos estabelecimentos que se encontram em situações inadequadas de funcionamento e que necessitam providencias para controle do risco sanitário.

No município 1 foi evidenciado que o acesso fácil à base legal por meio eletrônico e a proximidade com as demais vigilâncias também contribui para viabilizar o desenvolvimento das ações, em especial as ações conjuntas.

Da mesma forma, a existência e uso de um conjunto de instrumentos de trabalho, a exemplo de formulários de notificação, apreensão de produtos, auto de infração, roteiros de inspeção para subsidiar as ações são também considerados essenciais no desenvolvimento das ações da VISA. Segundo Bastos (2006), os profissionais da VISA necessitam utilizar instrumentos de trabalho que devem ser previamente elaborados, testados e adaptados para a realização das diversas atividades que variam a depender do objeto de intervenção.

A deficiência na utilização de alguns destes instrumentos, considerados essenciais para a VISA, foi ressaltado pelos informantes do município 1, em função da morosidade do processo de aquisição, bem como da necessidade de agilizar os procedimentos relativos à manutenção de equipamentos diversos para subsidiar respostas rápidas da VISA, ocorrendo em alguns momentos a falta de insumos básicos, conforme ilustra o depoimento e registro no Relatório de Gestão do município 1 transcritos abaixo:

Nós precisamos dos nossos instrumentos de notificação que nós estamos improvisando, pois temos necessidade de aquisição de caixas para acondicionamento de amostras e produtos recolhidos para análise. (CVISA1)

O que precisa agilizar é o setor financeiro, por exemplo, pessoal de informática, de apoio à manutenção de equipamentos que eles precisam dar uma resposta mais imediata para que a VISA possa cumprir o seu papel. Mas, basicamente os recursos materiais, veículos e os insumos para as nossas atividades, material, fichas, talão de notificação, apreensão, material para coleta de amostras. (CVISA1)

Embora as condições gerais tenham sofrido relativas melhoras, persistem ainda alguns entraves que comprometem as condições de trabalho: ... problemas de manutenção de veículo; a falta de pronta ação na manutenção preventiva e corretiva de equipamentos de informática; o não atendimento de pedido de compartilhamento da impressora disponível aos computadores e sua conexão com a internet; a demora no atendimento de pedidos de materiais de consumo (papel, cartuchos para impressora, xerox, etc.); morosidade para serviços de reprografia; o não atendimento em tempo hábil de solicitações para aquisição de equipamentos importantes no desenvolvimento da fiscalização sanitária (termômetro para uso no controle de temperatura de alimentos). (Relatório de Gestão do Município 1, 2006, p. 131)

Apesar da disponibilidade de roteiros de inspeção, cujo objetivo é reduzir a subjetividade e padronizar a observação durante a inspeção sanitária dos estabelecimentos, não existe rotina de utilização dos mesmos pelos técnicos que atuam nas VISAs municipais.

Aspectos relacionados a descontinuidade de fluxos internos necessários às diversas áreas para alcance dos objetivos pretendidos foi revelado por informantes do município 1 como sendo dificultador do desempenho da VISA no município, conforme ilustra relato abaixo:

Nós de um modo geral precisamos rever fluxos dentro da SESAU – Secretaria Municipal da Saúde. Eu esses dias mesmo em relação a VISA, nós fizemos um trabalho com as farmácias nossas e eu vi que foi um movimento, embora nosso foco não era a VISA, mas poderíamos ter articulado melhor. Há uma descontinuidade dos fluxos necessários às diversas áreas, principalmente vigilância saúde que tem uma transversalidade muito grande em relação às outras áreas. Eu exemplifiquei esse movimento em relação à assistência farmacêutica e dá para ter bom exemplo das dificuldades na organização interna da SESAU. (SSM1)

Do mesmo modo os formulários de apreensão, a coleta de produtos para análise laboratorial, a interdição cautelar de produtos e o auto de infração, sendo

este último, de natureza punitiva, foi utilizado em menor escala, o que evita maiores conflitos para a equipe técnica, como também com os responsáveis dos estabelecimentos.

É possível que esta situação aponte para um reduzido apoio político local ao desenvolvimento das ações da VISA, considerando a interface destas ações nas relações de produção-consumo, além da possibilidade de gerar pressões políticas, principalmente do setor econômico.

#### **4.2.3 Recursos Financeiros**

Estudo realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA em parceria com Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais revela que 57% dos municípios apontaram a "insuficiência financeira" como o fator de maior influência, seguido pela "interferência política", citado por 51% dos municípios como fatores que dificultam o funcionamento da VISA municipal. (BRASIL, 2000).

Nesta pesquisa destaca-se como achados relevantes o fato de que os recursos financeiros repassados pelo nível federal foram considerados pelos informantes dos dois municípios como insuficientes para suporte ao desenvolvimento integral das atividades sob responsabilidade do nível municipal.

Um dos informantes do município 1 revelou que a maior parte do investimento para custeio das ações de VISA tem sido assumida através de recursos próprios e mostrou-se indignado com esta situação:

É uma vergonha. Ainda bem que agora com esse recurso passando por blocos, a gente vai ter que priorizar a nível local o que é para vigilância. Porque essa separação das vigilâncias, isso causou um desestímulo para a VISA porque era realmente vergonhoso aquele recurso que passava. Então, ao passar por bloco e a gente definir localmente o que naquele momento precisa investir. Acho que foi outra lógica que o pessoal está dando agora para o financiamento da VISA, vigilâncias de um modo geral, porque não é suficiente de modo algum para a VISA funcionar. (SSM1)

Do mesmo modo, os recursos financeiros repassados do Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde, considerados como elementos estruturantes da VISA, foram considerados pelos entrevistados dos dois municípios como insuficientes para custeio das ações, sendo visto como um dos fatores que dificulta a implementação das suas ações.

Nos dois municípios estudados os entrevistados foram unânimes em relação à insuficiência de recursos financeiros repassados fundo a fundo pelo nível federal para o desenvolvimento das ações da VISA. Chama atenção para o fato da não existência de repasse de recursos do nível estadual, sendo a maior parte do investimento para custeio das ações da VISA, incluindo pagamento de remuneração dos profissionais assumida através de recursos próprios, ou seja, pelo Tesouro Municipal. A insuficiência dos recursos é apontada por um dos informantes, conforme mencionado na fala abaixo:

O valor repassado é baixo. O custeio das ações da VISA é muito superior ao quantitativo alocado pelo nível federal. (SSM2)

Os recursos financeiros provenientes do nível federal e repassados através da modalidade fundo a fundo para os municípios 1 e 2 para investimento no fortalecimento da gestão da VISA municipal no exercício 2007 foram respectivamente R\$ 120.250,42 (cento e vinte mil, duzentos e cinquenta reais e quarenta e dois centavos) e R\$ 330.703,71 (trezentos e trinta mil, setecentos e três reais e setenta e hum centavos). Estes valores foram regulamentados através da Portaria nº 1998/GM/2007 que definiu o Teto Financeiro de VISA destinado a execução das ações de vigilância sanitária, constituído pelo Piso Estruturante, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,36 (trinta e seis centavos) por habitante/ano e o Piso Estratégico, calculado pelo valor per capita à razão de R\$ 0,20 (vinte centavos) por habitante/ano, pactuados na Comissão Intergestores Bipartite, conforme critérios que compõem o segmento de Gerenciamento de Risco do Elenco Norteador das Ações de Vigilância Sanitária.

A forma de apresentação dos relatórios de gestão dos municípios limitou a análise relacionada com a questão do financiamento, não havendo informações referentes à previsão e execução orçamentária, como também as fontes de receita direcionadas para a execução das ações de vigilância sanitária. Este fato significa afirmar que não se pode falar de suficiência ou insuficiência de recursos financeiros,



considerando o desconhecimento dos informantes sobre a questão, assim como a relação desta com a incipiente capacidade dos municípios de planejar e gerenciar a execução dos recursos financeiros para intervenção nos riscos sanitários e efetiva proteção da saúde da população.

O tesouro municipal orçou para o ano de 2007, para a vigilância sanitária os seguintes valores: município 1 R\$ 650.000,00 (seiscentos e cinquenta mil reais) e o município 2, R\$ 550.000,00 (quinhentos e cinquenta mil reais). No entanto, não foi disponibilizado pelos municípios informações da utilização destes recursos, como também do montante repassado fundo a fundo pelo nível federal. Com relação à prestação de contas da utilização dos recursos financeiros à Vigilância Sanitária Estadual, foi verificado que o município 1 não prestou contas referente ao exercício 2007 e, com referência ao município 2, que enviou relatório relativo ao ano 2007, este não apresentou a contra partida municipal.

Sendo assim, considera-se necessário a realização de uma análise específica e detalhada em relação à destinação dos recursos financeiros para execução das ações de VISA, devendo ser entendida como um desafio aos gestores, como também se torna evidente a necessidade de investimento do nível estadual no monitoramento dos municípios quanto ao desenvolvimento das atividades e aplicação dos recursos financeiros no controle dos riscos sanitários presentes nos municípios.

#### 4.3 DIMENSÃO POLÍTICA

A análise da dimensão política da descentralização sustenta-se no argumento de que apesar do avanço na forma de gestão dos municípios, que alcançaram maior autonomia gerencial, esta vem ocorrendo com características voltadas mais para a desconcentração de atividades e menos para o alcance de maior autonomia decisória dos municípios. Nesta dimensão observou-se a priorização de ações através do planejamento, a articulação com órgãos municipais/estaduais, a ingerência política partidária bem como da instância

estadual e/ou federal no processo decisório no âmbito municipal sobre as ações da VISA.

#### **4.3.1 A autonomia decisória municipal**

A análise dos resultados desta dimensão nos dois municípios revelou reduzida autonomia decisória da VISA, principalmente quando existe necessidade de tomada de medidas consideradas de natureza punitiva, a exemplo de interdição de estabelecimentos, que induziriam reações por parte do setor regulado. A aplicação das penalidades está condicionada ao prévio conhecimento e decisão negociada com as instancias superiores. Na análise dos Relatórios de Gestão (2006; 2007) foi identificado registro do quantitativo de ações desenvolvidas pelas VISAs municipais, a exemplo do número de inspeções sanitárias. No entanto, não foi evidenciado registro de interdição parcial ou total de estabelecimentos sujeitos à ação da VISA. Esta situação pode ser reflexo da falta de experiência dos municípios em relação ao Processo Administrativo Sanitário, reforçando a necessidade de investimentos na área de capacitação e assessoria jurídica, como também por conta da reduzida autonomia decisória da VISA.

Esta situação sugere prejuízos significativos relacionados com o gerenciamento do risco sanitário local, representando atraso em relação à implementação das ações de VISA na sua totalidade. Nesta perspectiva, é possível concordar com Lucchesi (2001), quando afirma que em relação às dificuldades para atuação da vigilância sanitária nos municípios, as questões referentes a recursos financeiros e humanos podem ser equacionadas em médio prazo, com políticas específicas e o apoio dos níveis estadual e federal, sendo que a resolução dos problemas de autonomia e de interferência política parece ser de solução mais complexa neste nível.

Os resultados das discussões da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária revelaram reduzida autonomia dos órgãos estaduais e municipais, como também ingerências políticas desde a nomeação de pessoal sem formação

adequada para os cargos de gestão e interferências no processo decisório sobre questões técnicas de VISA como fatores que interferem diretamente na implementação das ações da VISA. (BRASIL, 2001 c).

Ao analisar os depoimentos dos gestores municipais, chama atenção que em relação à gestão dos processos de trabalho, estes referiram ter a VISA autonomia para tomada de decisão no sentido da aplicação do que determina a legislação. Contudo, observa-se que existem limites para a atuação da VISA, conforme referido abaixo.

Aquelas previstas na legislação de interdição localizada (parcial) de algum setor, alguma área. Não o fechamento. O fechamento é uma decisão negociada com o Diretor, a não ser uma situação de risco grave, eminente que a gente pode manter um contato ainda no local, mas sempre buscando o conhecimento prévio e a articulação da Diretoria e da Secretaria. (CVISA1)

Tem total autonomia. Inclusive tem sido feitos trabalhos em festas de largo, lavagens e o próprio enfrentamento do próprio capital. A gente teve uma querela com o Bom Preço e eles tiveram toda autonomia para tocar as ações. (SSM1)

A VISA tem poder de aplicar a legislação. O gestor dar livre arbítrio para que seja cumprida a legislação. (CVISA2)

Do mesmo modo, a reduzida autonomia dos técnicos da VISA também foi revelada por um dos informantes do município 1, sendo priorizada na tomada de decisões a opinião dos gestores em detrimento do parecer técnico. Para um dos técnicos entrevistados existem limites na tomada de decisão, conforme mencionado na fala a seguir:

Autonomia da VISA ainda está limitada a opinião dos gestores e não ao parecer técnico que muitas vezes ele é contrariado por questões de ordem política. A gente ver muito com relação aos serviços próprios do município. Eles sofrem inspeção, são notificados com riscos apontados, no entanto, o alvará sanitário é liberado em virtude dos convênios com o SUS. (TVISA1)

A falta de autonomia para equacionamento de questões relacionadas aos recursos humanos foi reconhecida pelo gestor do município como dificuldade, por conta da centralização em outra Secretaria Municipal.

A questão de recursos humanos como é centralizada em outra Secretaria, Secretaria de Administração, isso torna um problema político porque a visão do administrador é uma visão econômica que

não é a mesma lógica da visão da saúde. Então, a gente vive neste eterno conflito. Então é um problema político de entendimento. (SSM1)

Desse modo, é possível inferir que a autonomia decisória da VISA municipal ainda constitui-se em fator dificultador da implementação da descentralização das ações nos dois municípios estudados, tendo em vista que esta sofre constrangimentos no desenvolvimento das ações no âmbito municipal. Ressalta-se, porém que o maior ou menor poder decisório é resultado de embate de natureza política, na medida em que diz respeito à conquista de fatias de poder entre as esferas de governo da Federação brasileira, o que faz deste processo de descentralização um fenômeno mais abrangente e multifacetário. Contudo, sem pretender reduzir em importância a questão da autonomia municipal, constatou-se nos municípios estudados a falta de investimentos em estratégias, a exemplo de valorização do trabalho desenvolvido pelos profissionais de vigilância sanitária no enfrentamento dos problemas sanitários por parte dos gestores municipais, que possam dotar as VISAs de maior poder de decisão com relação as questões técnicas, contribuindo para a consolidação das ações no âmbito municipal.

#### **4.3.2 A priorização das ações da Vigilância Sanitária**

Um dos principais desafios para a gestão da VISA é a inserção de suas ações e atividades entre as prioridades do SUS nas três esferas de governo. Silva (2006) reafirma esta questão tendo em vista a baixa demanda social por ações coletivas de promoção e proteção da saúde e o espaço restrito que se constituiu a VISA ao longo de sua história.

Nos dois municípios estudados o planejamento local não foi identificado como sendo uma ferramenta de gerenciamento das ações de VISA. O atendimento à demanda espontânea em decorrência da solicitação do alvará sanitário e das denúncias é predominante, principalmente por conta das dificuldades estruturais e organizacionais existentes. Esta situação foi ilustrada por um informante do município 2.

As ações programadas são feitas de acordo com a demanda e também com busca ativa. Então, além das ações de denúncias que são priorizadas, também priorizamos a demanda dos estabelecimentos com relação à busca da renovação do alvará sanitário e a busca ativa. (CVISA2)

Tem o planejamento que ele é determinado muito mais pela demanda do que como um instrumento, como ferramenta de gestão, por conta de nós termos recursos humanos muitos escassos para trabalhar, especificamente na VISA e a extensão territorial que é muito importante aqui. (SSM1)

A deficiência na utilização do planejamento como ferramenta de gestão foi também revelada pelo informante do município 1, sendo a organização das atividades com base no cadastro existente dos estabelecimento e sem considerar a necessidade de integração com outras áreas da vigilância à saúde, conforme se depreende dos depoimentos abaixo :

As ações são efetivamente priorizadas com base no cadastro dos estabelecimentos, nas ações tradicionais sobre produtos, serviços e ações ambientais. (CVISA1)

Não há uma integração maior com a vigilância epidemiológica, com os sistemas de informação, com atenção básica, média complexidade que pudesse subsidiar a priorização das intervenções em VISA. (CVISA1)

Percebe-se que a priorização das atividades a serem desenvolvidas nos municípios é definida, principalmente a partir da indução dos níveis federal e estadual, em função do instrumento de Programação das Ações Prioritárias em Vigilância à Saúde PAP/VS, sendo este um fator dificultador da implementação da descentralização, uma vez que os municípios se excluem da responsabilidade sobre os demais fatores determinantes não elencados no referido instrumento de pactuação.

#### **4.3.3 Relações entre as esferas de governo e o jogo de interesse**

No caso das relações entre as esferas de governo, o estudo aponta certa tensão na relação do município 2 com a equipe do nível central da Secretaria Estadual de Saúde em decorrência de realização de ações sob responsabilidade do

Estado no município sem o conhecimento prévio do município e acompanhamento dos seus técnicos. Esta situação foi reconhecida pelos informantes do município 2, considerando haver mais ingerência da esfera estadual no município do que uma relação de parceria como prevê o SUS, conforme referido abaixo.

Na verdade, estão sendo realizadas ações estaduais no município, intervenções do Estado no município sem a prévia comunicação ao gestor municipal. (CVISA2)

... O Estado está vindo fazendo ações, passando por cima da gestão municipal que é plena e informando posteriormente que foi feita uma ação no município. E isso realmente está em desacordo com a nossa real conjuntura atual. (CVISA2)

Ainda em relação às relações intergovernamentais, informante do município 2 considera que as ingerências do nível estadual podem estar relacionadas ao fato do poder executivo local pertencer a partido político de oposição aos governos estadual e federal, conforme ilustrado abaixo.

Este tipo de ingerência está ocorrendo com bastante frequência. Hoje por exemplo, recebi apenas relatório técnico após equipe da VISA Estadual ter vindo no município e pronto. Não teve nenhuma solicitação previa de acompanhamento técnico de ação no município. O Estado está sendo, digamos assim, abusivo nas ações dele, nas atitudes. (CVISA2)

Entretanto, o município 1, cuja composição política partidária é a mesma dos poderes executivos estadual da Bahia e federal, parece que os conflitos nas relações entre os níveis de governo estiveram minimizados, inclusive destacando pouco contato direto com o nível federal.

... Até então, até por força da identidade ideológica não tem ocorrido uma espécie de intervenção. Ao contrario do que era anteriormente. Já existia a própria intervenção aqui no município por parte de atividades de responsabilidade do Estado, sempre o município foi convidado a participar, tomar conhecimento prévio. (CVISA1)

Esta situação, embora tenha componentes de um jogo político paroquial, revela de forma incontestável a natureza política da descentralização e reforça o entendimento de que, em contexto de desigualdades em que se disputam recursos, a exemplo do contexto federativo brasileiro, ela é muito mais potencializadora de conflitos do que promotora de harmonia como afirma Guimarães (2000).

Estudo realizado por Lucchesi (2001), apresentando os resultados da pesquisa BRASIL (2000) relata que a autonomia dos órgãos locais parece ser a conquista mais difícil, principalmente, nos municípios menores, onde as autoridades políticas formam um grupo pequeno e têm um grau quase absoluto de controle das decisões tomadas. Em 51% dos municípios estudados, a interferência política nas ações e decisões da vigilância sanitária é o segundo obstáculo mais importante para o desempenho da área. Nos municípios estudados nesta pesquisa, observou-se que um dos problemas enfrentados pela VISA encontra-se também no jogo de interesse entre grupos de poder dentro do próprio município, como ilustra do depoimento abaixo:

A ingerência política partidária a gente não tem sentido, mas a gente tem outro tipo de ingerência de interesses de pessoas do Gabinete expressando ou protegendo determinado interesse, a nível de agilização ou até mesmo de uma medida que agente toma, como por exemplo destruir produtos vencidos, fazer exigências para adequação de procedimentos sanitários por parte de determinado estabelecimento. (CVISA1)

Embora se observe certo consenso na literatura sobre a descentralização da saúde envolver um jogo político quando da execução dos projetos e programa no âmbito municipal, chama atenção o fato de que nos municípios estudados os entrevistados reconheceram que a apesar das tentativas de ingerência política partidária na tomada de decisão nas ações desenvolvidas pela VISA, observa-se um relativo “respeito” pelas decisões de natureza técnica:

Embora a gente tenha que sempre que ter visão não econômica, a saúde tem outra lógica, mas há um respeito técnico pela saúde. Então, quando essas ingerências acontecem a gente tem o respeito técnico de dizer é por aqui, é por ali, tem diálogo. A gente sempre tem um nível de convencimento. (SSM1)

Eu acho que existe sim tentativa de ingerência... Mas, que existe, existe. Mas a questão técnica tem sido preservada. (SSM1)

#### 4.3.4 Ações intersetoriais

Em relação ao desenvolvimento de ações intersetoriais, essencial para que a VISA cumpra seu papel na promoção e prevenção dos riscos à saúde, constatou-se nos discursos dos entrevistados nos municípios estudados nesta pesquisa, que ainda é incipiente o desenvolvimento de ações intersetoriais para enfrentamento dos problemas locais.

Em ambos os municípios, apesar da relevância atribuída pelos informantes municipais à realização de atividades intra e intersetoriais para intensificar a resolutividade das ações de VISA, a parceria com órgãos estaduais e municipais foi revelada como sendo desenvolvida de forma pontual, no sentido de atender demandas específicas.

É possível concordar com Souza, G. (2002) quando afirma que a intersectorialidade é a forma de considerar as relações que se estabelecem entre saúde, desenvolvimento e meio ambiente diante da crescente introdução de novos produtos, serviços e tecnologias no mercado, com repercussão no setor saúde.

Apesar da referência positiva das atividades intersetoriais para intensificar resolutividade das ações, tanto pelos informantes, como também nos documentos analisados, não foram identificadas intervenções estruturadas realizadas através de um trabalho intersectorial sistemático para enfrentamento dos problemas locais, sendo as ações intersetoriais desenvolvidas de forma pontual, visando atender demandas específicas. Esta situação foi também reconhecida por informante dos dois municípios.

Estas articulações municipais são demandadas basicamente por denúncias ou por definição de processos de licenciamento do uso do solo. (CVISA1)

A gente através de ofício solicita ação conjunta e a gente agenda por telefone. Geralmente são inspeções sanitárias, através solicitação de limpeza de terreno baldio. (CVISA2)

Do mesmo modo, na análise dos Relatórios de Gestão do município 1 identificou-se uma certa sensibilidade da Secretaria da Saúde municipal quanto à importância da articulação com outros órgãos no enfrentamento dos problemas



sanitários do município. Contudo, não foram identificadas evidências consolidadas nos municípios para subsidiar o desenvolvimento das ações.

As ações intersetoriais são imprescindíveis para o desenvolvimento das atividades na perspectiva de se somar esforços e conseguir efetividade e eficiência. Essas ações no município não eram fruto de uma diretriz geral que estimulasse os diversos órgãos a potencializarem suas ações e ocorriam de forma tímida. Até mesmo no âmbito da Secretaria da Saúde essas ações eram incipientes. (Relatório Gestão do Município 1, 2006, p. 130)

Estudo comparativo realizado por Vieira da Silva et al (2007) em cinco municípios referente à implantação da gestão descentralizada em saúde revelou problemas relacionados com falta ou limitação nas iniciativas intersetoriais e inexistência de política de recursos humanos visivelmente definida.

Uma dificuldade para implementação de atividades integradas, no entender de um dos informantes do município 2, foi simplificada pelos informantes ao considerar que estaria relacionada com a incompatibilidade de horário entre os técnicos de outras Secretarias.

Às vezes nós temos alguns problemas com relação à disponibilidade de horário dos técnicos de outras Secretarias. (CVISA1)

Nos Relatórios de Gestão (2006; 2007) do município 1 constavam resultados atribuídos às intervenções pontuais consideradas de natureza intersetorial, com foco na intervenção de problemas sanitários, tais como: atuação com a Secretaria da Mulher no projeto Baianas de Acarajé, participação da Força Tarefa Integrada com diversas Secretarias para inspeção de estabelecimentos que funcionam em horários noturnos, dentre outros.

Um aspecto revelado pelo município 2 como fator facilitador ao desenvolvimento das atividades é a integração existente com a Secretaria da Fazenda Municipal na liberação do alvará de localização e sanitário.

...Relacionamento interinstitucional com a Secretaria da Fazenda, onde o alvará de localização só é liberado depois que a VISA libera o alvará sanitário. (TVISA1)

Entretanto, apesar do informante do município 1 revelar ser a proximidade das demais vigilâncias um aspecto facilitador, viabilizando o desenvolvimento das ações conjuntas, como ilustra o depoimento abaixo, chama

atenção para o fato de não ter sido verificado registro de ações intra-setoriais entre a vigilância sanitária e as demais vigilâncias na análise documental realizada neste estudo.

... Em ela estar localizada junto com as demais vigilâncias para mim isso é também um ponto que avalio de boa qualidade que repercute nas ações de VISA. Então, eles são muito articulados. A VISA com a VIEP e com a vigilância ambiental. Essa proximidade, no caso do município, tem favorecido as ações de vigilância. Para mim é um ponto positivo. (SSM1)

Chama também atenção a carência de respostas rápidas com relação aos laudos laboratoriais dos diversos produtos enviados para análise laboratorial no Laboratório Central Gonçalo Muniz – LACEN, revelado pelo informante do município 1, e considerado como fator que dificulta as intervenções da VISA no controle do risco sanitário.

...Temos um laboratório de referencia, o LACEN que não tem alternativas para respostas mais rápidas não incluídas na programação. O que surge como surtos não têm condição de responder. (CVISA1)

Apesar das ações de VISA compreender um conjunto diversificado de intervenções, podendo demandar outras áreas de conhecimento ou ações complementares executadas por outras instituições, e dos referidos documentos trazer referência da necessidade de articulação intersetorial, a intersetorialidade não se apresentou como um instrumento de articulação nos municípios, tendo em vista que o tema foi introduzido de forma pontual nos dois municípios.

Diante do exposto, e, considerando que a VISA compreende um conjunto diversificado de ações que podem demandar outros campos de conhecimento ou ações complementares, através do estabelecimento de parcerias com os diversos órgãos, esta se revelou como fator dificultador para implementação das ações de VISA, tendo em vista que nos municípios estudados não existe definição de estratégias organizadas para a operacionalização destas ações.

Desse modo, percebe-se que esta situação merece ser revista pelos municípios, no sentido de viabilizar maior articulação intra e intersetorial, considerando ser esta fundamental para efetivação do conjunto de ações e consolidação da VISA municipal.

Finalmente, o conjunto dos achados apresentados sugere a necessidade de maior esforço para superação das dificuldades, principalmente com relação a dotar a VISA de maior poder de decisão e desenvolvimento da capacidade local para enfrentamento das demandas diferenciadas neste nível. Estes resultados também apontam para a importância de definição de estratégias de sensibilização dos gestores para um maior comprometimento com a efetiva estruturação das VISAs municipais.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O modelo assistencial centrado na doença e não na saúde e em ações curativas individuais que ainda prevalece no sistema de saúde brasileiro, apesar dos esforços de reorientação promovida pelo SUS, não coloca a vigilância sanitária no merecido lugar nesse sistema, predominando ainda ações de natureza cartorial e burocrática para o atendimento à demanda do setor produtivo (SOUZA, G.; 2002). Desse modo, observa-se que a vigilância sanitária, apesar de seu amplo campo de atuação, enquanto aparato institucional, tem centrado suas atividades, mesmo limitadamente, na ação fiscalizadora, privilegiando uma visão “policialesca”, gerando uma série de distorções em suas práticas e limitando seu potencial transformador das condições de saúde.

O processo de descentralização das ações de vigilância sanitária do nível federal e estadual para os municípios implica em grandes desafios e envolve diversos atores sociais, além de estratégias para resolução de questões de diferentes natureza e configurações. Nesta perspectiva esta pesquisa partiu do pressuposto de que fatores de natureza técnica e organizacional, bem como os de natureza política, interferem na descentralização das ações da VISA no âmbito municipal principalmente em decorrência da natureza de seu objeto e de sua intervenção. Contudo, esta pesquisa argumenta que questões relativas à qualificação dos trabalhadores da saúde, categorizadas nesta pesquisa como de natureza técnica, são aquelas que trazem maiores repercussões ao desenvolvimento da VISA em face da complexidade do seu universo e de suas

tarefas, que requerem saberes oriundos de diversos campos do conhecimento. Esta situação exige o trabalho em equipe multidisciplinar e a inserção mais permanente dos profissionais de saúde na instituição para que as ações não sofram solução de continuidade. Argumenta-se ainda que a insuficiente e não adequada capacitação técnica dos profissionais vinculados a VISA, comprometem a descentralização plena das suas ações para os municípios, gerando a necessidade de constante apoio do âmbito Estadual e Federal no desenvolvimento pleno desta área, mesmo em municípios que se encontram na condição de gestores plenos do sistema municipal frente ao SUS.

Os achados desta pesquisa reforçam estes pressupostos e argumentos ao constatar que, apesar do avanço na forma de gestão dos municípios, ampliando suas responsabilidades com relação aos objetos da VISA, esses encontram dificuldades no desempenho das atividades de vigilância sanitária. Tais dificuldades dizem respeito à carência de pessoal qualificado, devido à ausência de investimentos em sua capacitação, bem como a rotatividade de profissionais, por conta da falta de vínculo empregatício estável gerando descontinuidade no desenvolvimento das ações previstas para a VISA. Além disso, constatou-se que o processo de descentralização das ações de vigilância sanitária, no âmbito municipal do Estado da Bahia, vem ocorrendo com características voltadas mais para a desconcentração de atividades e menos para a promoção da autonomia decisória dos municípios. Isto porque se verificou a insuficiência de investimentos em estratégias, inclusive por parte dos gestores municipais, no sentido de dotar as VISAs de maior poder de decisão na definição de questões técnicas, e conseqüente fortalecimento das ações no âmbito municipal.

Considerando que os municípios estudados encontram-se na gestão plena do sistema de saúde, estão entre os maiores e mais ricos municípios do estado da Bahia, não é demais supor, ainda que o estudo de caso aqui empreendido não permita generalizações, que situações semelhantes possam estar presentes nos demais municípios na condição de gestores plenos do SUS no Estado da Bahia. Sendo assim, é possível também concluir, mesmo que de forma provisória, que o processo de descentralização plena das ações de VISA para os municípios ainda encontra dificuldades no Estado.

Os dados levantados confirmam os pressupostos desta pesquisa, no que diz respeito ao baixo investimento na capacitação de recursos humanos identificado como um dos principais fatores dificultadores para assunção de atividades consideradas de maior complexidade e que fazem parte do elenco de atividades da VISA. Além disso, a ausência de mecanismos de fixação de profissionais qualificados nos municípios, aliada à falta de investimento na formulação de política de desenvolvimento de recursos humanos foram questões que ressaltaram como geradoras de constrangimentos para a consolidação da descentralização da VISA nos municípios. Estes achados colocam centralidade na questão dos recursos humanos, e não mais nos recursos financeiros, situação que prevalecia no início da implantação do SUS. Esta situação parece indicar que, com o aprofundamento da descentralização da saúde, sendo os municípios induzidos a assumirem um leque maior de responsabilidades e competências para a consolidação do SUS no seu território, as questões técnicas passam a preponderar frente aquelas mais operacionais e logísticas.

De fato, problemas relacionados com o quadro de pessoal, desde a fixação de profissionais qualificados, no interior do Estado, com dedicação exclusiva, até o investimento contínuo em sua capacitação através de uma política de desenvolvimento de recursos humanos para o SUS efetiva, são fatores que permanecem sem soluções de curto prazo, mesmo porque representam problemas de natureza mais estruturante com determinações mais complexas. Nessa perspectiva entende-se a descentralização como um processo, em que os avanços e retrocessos estão condicionados a diferentes fatores conjunturais e estruturais no âmbito do território brasileiro, reforçando o entendimento defendido por Souza(1998) de que embora a descentralização possa ter fortalecido a democracia e o federalismo no Brasil, ao incorporar os vários centros de poder às cenas política e decisória, admite a existência de fatores econômicos e políticos influenciando seus resultados, na medida em que ela não ocorre num vazio político, econômico e social.

Do ponto de vista da dimensão operacional e logística da descentralização da VISA este estudo também revelou insuficiências no que diz respeito, por exemplo, à necessidade de dotar as Vigilâncias Sanitárias Municipais de mecanismos e instrumentos gerenciais, os quais por sua vez, estão também relacionados com iniciativas e com a capacitação dos profissionais que atuam no

setor. Assim, constatou-se que a ausência de cadastro atualizado e informatizado dos estabelecimentos sujeitos à ação da vigilância sanitária para subsidiar o planejamento das atividades, possa contribuir para uma programação das atividades da VISA direcionada para o atendimento das demandas requeridas diretamente ao serviço, ou seja, voltadas basicamente para as solicitações do alvará sanitário confirmando o caráter burocrático da sua atuação e a ênfase no seu papel cartorial, sem antecipar problemas de saúde. Ou seja, é possível presumir, em face da situação encontrada nos dois municípios estudados que os estabelecimentos sob responsabilidade da VISA que não solicitem o alvará sanitário possam permanecer funcionando de forma irregular, podendo apresentar risco à saúde da população. Ainda dentro deste conjunto de aspectos operacionais, comprometedores da ação da VISA no município, chamou atenção a insuficiência do número de veículos, instrumentos básicos de trabalho para possibilitar a execução das diversas atividades previstas pela VISA, de forma ágil, identificando riscos à saúde, para tomar decisões e adotar alternativas de intervenção.

Estes resultados levam a relativizar, embora sem reduzir sua importância contextual, os avanços expressos de forma positiva tanto nos documentos, quanto nos relatos dos entrevistados, sobre a descentralização das ações de VISA nos municípios baianos em gestão plena do sistema de saúde. Além disso, identificou-se a necessidade de definição de estratégias para aprimoramento do processo de descentralização, considerando que as ações de VISA nos municípios estudados são caracterizadas como isoladas e desarticuladas das demais áreas da saúde, privilegiando mais o processo burocrático de atendimento à demanda por alvará sanitário. Cabe ainda chamar atenção para o fato de que o desenvolvimento de ações intersetoriais, apesar de essencial para que a VISA cumpra seu papel na promoção e prevenção dos riscos à saúde, ainda é incipiente em decorrência da pouca parceria com órgãos estaduais e municipais no enfrentamento dos problemas locais, sendo desenvolvida de forma pontual, no atendimento de demandas específicas.

Estas considerações levam à reflexão sobre as relações entre as esferas de governo, tão caras à descentralização de políticas públicas, principalmente em contextos federativos como o brasileiro. Em concordância com Guimarães (2000) este contexto particular brasileiro e baiano, de desigualdades e carências dos

municípios, favorece com que a política de descentralização da saúde se apresente, tanto para a maioria dos municípios, quanto para a esfera estadual, como uma possibilidade concreta de captar recursos financeiros da União, elevando a motivação dos municípios a se habilitarem a gestores do SUS em função do aumento de ingressos de recursos financeiros para serem aplicados na saúde no seu território. Esta situação fomentou, num primeiro momento, conflitos de natureza vertical entre as esferas de governo, decorrentes das disputas por recursos com a União, e, no estágio atual de implementação do SUS, os conflitos concentram-se na disputa pelo poder de interferir na alocação desses recursos no âmbito regional e local, e mais especificamente no âmbito dos municípios, habilitados na condição de gestores plenos do sistema municipal, em face da sua ampla autonomia decisória.

Assim, o estudo aqui apresentado observou que um dos problemas enfrentados pela VISA no atual processo de descentralização, pós 20 anos de início da implementação do SUS nos país, decorre principalmente, neste momento, dos conflitos gerados pela transferência de poder do nível estadual para o municipal, ou seja, pela necessária autonomia dos municípios para implementação das ações de vigilância sanitária.

Vale aqui ressaltar que, no atual estágio de implementação do SUS, em que a esfera federal tem capitaneado de forma incisiva a descentralização de recursos financeiros para os municípios, em que a esfera estadual começa a se encontrar na sua competência fiscalizadora e assessora dos municípios, os desafios encontram-se mais localizados no âmbito dos municípios. Neste momento os embates concentram-se principalmente entre esses e o estado em relação ao desenvolvimento e execução das ações de saúde previstas pelo próprio sistema de saúde. Desse modo, os dados desta pesquisa autorizam a inferir que a autonomia decisória da VISA municipal configura-se, neste estágio da implementação da descentralização das ações nos dois municípios estudados, em fator de conflito tendo em vista os constrangimentos à esta autonomia identificados no desenvolvimento das ações no âmbito municipal. Entende-se, à luz do referencial adotado por esta pesquisa, que o maior ou menor poder decisório é resultado de embate de natureza política, na medida em que diz respeito à conquista de fatias de poder entre as esferas de governo da Federação brasileira, o que faz deste processo de descentralização um fenômeno mais abrangente e multifacetário.



Desse modo, os resultados deste estudo apontam para a importância do fortalecimento de estratégias para sensibilização dos gestores com referência ao compromisso com a efetiva estruturação das VISAs municipais, além da necessidade de incentivo ao desenvolvimento de ações intra e intersetoriais, contribuindo assim para efetivação do universo de ações e incorporação da vigilância sanitária pelos diversos órgãos. Do mesmo modo, e à guisa de considerações finais deste estudo, é importante reforçar que no processo de descentralização das ações de vigilância sanitária no Estado da Bahia, ainda predominam características voltadas mais para a desconcentração de atividades e menos para a promoção da autonomia decisória dos municípios em face da insuficiência de investimentos em estratégias, inclusive por parte dos gestores municipais, no sentido de dotar as VISAs de maior poder de decisão na definição de questões técnicas, e conseqüente fortalecimento das ações no âmbito municipal.

Ainda nesta direção, é importante ressaltar que, em sendo a VISA um campo diversificado de ações que demanda conhecimentos diversificados e ações complementares, o estabelecimento de parcerias não só entre as esferas de governo (federal e estadual) como também entre setores da sociedade, é visto como fundamental dentro do desenho do SUS que prevê a complementaridade entre instâncias de governo e entre atores sociais. Contudo, esta pesquisa revelou como fator que tem dificultado a implementação das ações de VISA, nos municípios estudados, a ausência de relações de parcerias, incluindo a inexistência de estratégias organizadas para a operacionalização dessas ações.

Por fim, chama atenção a necessidade de uma reflexão sobre o contexto contemporâneo, em face do fenômeno denominado de globalização da economia, dos avanços tecnológicos e científicos na produção de bens e prestação de serviços, dos agravos ao meio ambiente causados pelas grandes aglomerações urbanas, e seus impactos para as ações da Vigilância Sanitária. Isto porque tal cenário demanda intervenções e respostas em tempo hábil aos riscos relacionados aos problemas sanitários, tornando necessário repensar a política de descentralização da vigilância sanitária, no sentido de superar os limites e impulsionar os avanços adquiridos.

Espera-se que este estudo, ao agregar evidências empíricas sobre o processo de descentralização da saúde, em particular sobre a descentralização das

ações de VISA, e suas implicações de natureza técnica, operacional e política para a reorganização dos serviços de vigilância sanitária no contexto de consolidação do SUS no Brasil e na Bahia, tenha contribuído para a produção de conhecimento sobre este processo no sentido de subsidiar as estratégias que levem ao seu aprofundamento com vistas a garantir o controle dos riscos sanitários e a melhoria da saúde de todos os cidadãos brasileiros.

## REFERÊNCIAS

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Síntese do relatório da oficina **‘Subsídios para Consolidação do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária’**. Recife: ABRASCO, 2004. (GT VISA ABRASCO). Disponível em: [www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br). Acesso em: 20 mar. 2008.

ARRETCHE, Marta T.S. Políticas Sociais no Brasil: Descentralização em um estado federativo. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 14, n. 40. São PAULO, 1999. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 15 nov. 2007.

\_\_\_\_\_. Mitos da Descentralização: Mais Democracia e Eficiência nas Políticas Públicas. In: **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. AMPOCS, n. 31, ano 11. jun. 1996. p. 44-66.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Gestão da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental**. Salvador, 2006a.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Relatório de Supervisão da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental**. Salvador, 2005.

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/BA nº 120/06**. Aprova o Regulamento Técnico que disciplina a habilitação dos municípios ao Termo de Ajuste e Metas – TAM. Diário Oficial do Estado, 12 ago. 2006. Bahia, 2006b.

\_\_\_\_\_. Comissão Intergestores Bipartite. **Resolução CIB/BA nº 142/2008**. Aprova o Regulamento Técnico que estabelece as responsabilidades sanitárias e dispõe sobre critérios e parâmetros relativos à organização, hierarquização, regionalização e descentralização dos serviços de Vigilância Sanitária e Ambiental do Estado da Bahia. Diário Oficial do Estado, 04 set. 2008. Bahia, 2008.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARRETO, Raylene Logrado; VIEIRA, Paulo Cruz. Estratégias gerenciais para o desenvolvimento de recursos humanos na área de Vigilância Sanitária e Ambiental no estado da Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29, supl. 1, jan./jun., 2005.

BASTOS, Augusto Amorim. **Vigilância Sanitária de Farmácias em Salvador**. 159 p. Dissertação Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2006.

BODSTEIN, Regina Cele de A Complexidade da ordem social contemporânea e redefinição da responsabilidade pública. In, ROZENFELD, Suely, **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000.

BRASIL. Senado Federal. **Constituição da Republica Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM Nº 399 de 22 de fevereiro de 2006.** Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 02 jun. 2007. Brasília, 2006 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **ANVISA: relatório anual de atividades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 699 de 03 de abril de 2006.** Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Brasília : MS, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Plano Diretor de Vigilância Sanitária.** 1. ed. Brasília. ANVISA: 2007. Brasília, 2007 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **À sua Saúde – A VISA na História do Brasil** / Eduardo Bueno. Brasília: MS/ANVISA, 2005.

\_\_\_\_\_. **Portaria Federal nº 1.998, de 21 de agosto de 2007.** Regulamenta o repasse financeiro destinado a execução das ações de vigilância sanitária na forma do componente de Vigilância Sanitária do Bloco de Financiamento da Vigilância em Saúde. Diário Oficial da União. Seção 1. n. 162, p. 1-104, 22 de agosto de 2007. Brasília, 2007 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei Federal nº 9.782 , de 27 de janeiro de 1999.** Dispõe sobre o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2007.

\_\_\_\_\_. **Portaria Federal nº 1.565 de 26 de agosto de 1994.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e sua abrangência, esclarece bases para a descentralização da execução de serviços e ações de vigilância em saúde no âmbito do SUS. Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 07 jan. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Censo Nacional dos Trabalhadores da Vigilância Sanitária 2004: documento síntese.** Brasília, 2004a. 132p. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/livro.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Federal nº 2.023,** de setembro de 2004. Define que os municípios e o Distrito Federal sejam responsáveis pela gestão do sistema municipal de saúde na organização e na execução das ações de atenção básica, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, nº 185. Seção 1, 2004. Brasília, 2004 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília, 2004 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM Nº 2.203/96. **Norma Operacional Básica do Sistema Único da Saúde – NOB-SUS 01/96**. Diário Oficial da União de 06/11/96. Brasília, 1996 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95 de 26 de janeiro de 2001. **Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001**. DOU de 29/01/01. Brasília, 2001 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 145 de 31 de janeiro de 2001**. Regulamenta as transferências fundo a fundo para o financiamento das ações de média e alta complexidade executadas pelos estados, municípios e distrito federal, na área de VISA. DOU de 01/02/2001. Brasília, 2001 a.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996**. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em: 20 fev. 2006. Brasília, 1996 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 373 de 27 de fevereiro de 2002. **Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS/2002**. DOU de 28/02/02. Brasília, 2002 a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **I Conferencia Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, 2001. Relatório Final**. Brasília: ANVISA, 2001. 159 p. Brasília, 2001 c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.473, de 29 de dezembro de 2003**. Estabelece as normas para a programação pactuada das ações de vigilância sanitária no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, fixa a sistemática de financiamento e dá outras providências. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br>. Acesso em: 02 jul. 2007. Brasília, 2003 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Bases para Pactuação do Termo de Ajuste e Metas – TAM. Vigilância Sanitária: Descentralização com Equidade no Custeio**. Brasília, 2003 b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. NESCON/UFMG. **Desenvolvimento e organização das ações básicas de vigilância sanitária em municípios brasileiros a partir da implantação do PAB/VISA: um estudo exploratório**. Brasília, 2000. Disponível em [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acesso em 02 set. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Levantamento da Situação dos Serviços de Vigilância Sanitária no País**. Relatório Final. Brasília, 2002. Disponível em [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acesso em 30 jul. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a Gestão do Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p. Brasília, 2003 c.

COHEN, Miriam Miranda.; MOURA, Maria de Lourdes de Oliveira.; TOMAZELLI, Jeane Gláucia. Descentralização das ações de vigilância sanitária nos municípios em gestão plena, Estado do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.7, n. 3, p. 290-301, set. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 15 jun. 2006.

COSTA, Jamile Soraia Chaoui.; BARRETO, Raylene Logrado.; BARROS, Rivia Mary de. Situação atual da Vigilância Sanitária nos municípios baianos em gestão plena do sistema. In: ALVES, Maria das Graças Hortélio. (Org.). **Vigilância Sanitária: principais tecnologias de intervenção**. Salvador: DIVISA, 2005. p. 87-123.

COSTA, Ediná Alves. **Vigilância Sanitária Proteção e Defesa da Saúde**. Segunda edição aumentada. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004 496p.

\_\_\_\_\_. Conceitos e área de abrangência. In: ROZENFELD, Suely. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 41-48.

\_\_\_\_\_. Vigilância Sanitária, Saúde e Cidadania. In: CAMPOS, Francisco Eduardo de; WERNECK, Azeredo Furquim; TONON, Lídia Maria. **Cadernos de Saúde**. VISA. Série 4. Belo Horizonte: Coopmed, 2001. p. 14-27.

\_\_\_\_\_. **Seminário Nacional de Avaliação da Descentralização da Vigilância Sanitária: Avanços, Dificuldades e Perspectivas**. Salvador, 2007.

\_\_\_\_\_. Vigilância Sanitária: Proteção e Defesa da Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia.; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & Saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.p.357-387.

COSTA, Ediná Alves.; SOUTO, Ana Cristina. **Formação de recursos humanos para a Vigilância Sanitária**. Divulgação em Saúde para debate. Rio de Janeiro, n. 25, nov. 2001.p. 91-107.

COSTA, Ediná Alves; ROZEENFELD, Suely. Constituição da Vigilância Sanitária no Brasil. In: ROZENFELD, S. (Org.). **Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p. 15-40.

COSTA, Ricardo César Rocha da. Descentralização, Financiamento e Regulação: A Reforma do Sistema Público de Saúde no Brasil durante a década de 1990. **Revista Sociologia Política**. Curitiba, n. 18, p. 49-71. jun. 2002.

DE SETA, Marismar Horsth.; SILVA, José Agenor Alvares da. A gestão da vigilância sanitária. In: DE SETA, Marismar Horsth.; PEPE, Vera Lúcia Edais.; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. de. (Orgs.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 195-217.

\_\_\_\_\_. A gestão da Vigilância Sanitária. **Cadernos de textos da I Conferência Nacional de Vigilância Sanitária**. Brasília, 2001. Disponível em [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br). Acesso em: 15 set. 2008.

DI PIETRO, Maria Sylvia Zanela. **Direito Administrativo**. 15ª ed. São Paulo: Atlas, 2003. p. 195-217.

FERRARO, Andréa Helena Argolo. **Imagem – Objetivo para Descentralização da Vigilância Sanitária no município**. Salvador, 2007. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2007.

GARIBOTTI, Vanda.;HENNINGTON, Élide Azevedo.; SELLI, Lucilda. A contribuição dos trabalhadores na consolidação dos serviços municipais de vigilância sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p 1043-1051, maio 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 nov. 2006.

GUIMARÃES, Maria do Carmo Lessa., **Descentralização da Saúde, interesses e conflitos decisórios: o processo de decisão nas instâncias colegiadas estaduais**. 417f. Tese de Doutorado. Escola da Administração - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2000a.

\_\_\_\_\_. **O Debate sobre a Descentralização: Um Balanço Bibliográfico**. Artigo resumo da revisão de literatura sobre a descentralização realizada pela autora em sua tese de Doutorado. Escola da Administração - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2000b.

JULIANO, Iraildes Andrade.; ASSIS, Marluce Maria Araújo. A vigilância sanitária em Feira de Santana no processo de descentralização da saúde (1998-2000). **Revista Ciências Saúde Coletiva**, v. 9, n.2, p 493-505, abr.-jun., 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 15 jan. 2006.

LEVCOVITZ, Eduardo., LIMA, Luciana Dias de , MACHADO, Cristiani Vieira., Política de Saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p.269-291, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 03 jan. 2007.

LUCCHESI, Geraldo. A Vigilância Sanitária no Sistema Único de Saúde. In: De SETA, Marismary Horsth.; PEPE, Vera Lucia Edais.; OLIVEIRA, Gisele O'Dwyer. (Orgs.). **Gestão e Vigilância Sanitária: modos atuais do pensar e fazer**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 33-47.

\_\_\_\_\_. **Globalização e regulação sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil**. Rio de Janeiro, 2001. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Sistemas Locais de Saúde**. Série de Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 1, p.66. Brasília OPS, 1988.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Organizacion Panamericana de La Salud – OPS/OMS, **Descentralizacion de Servicios de Salud**. Tema: El Estado y los Servicios de Salud, Série Desarrollo de Servicio de Salud, nº 17, Buenos Aires, 15 de junio de 1987.

PIOVESAN, Marcia Franke et al. Vigilância sanitária: uma proposta de análise dos contextos locais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 1, p. 83-95, mar. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em : 15 abr. 2006.

QUIVY, Raymond.; CAMPENHOUDT, Luc Van. **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Tradução: João Minhoto Marques; Maria Amália Mendes e Maria Carvalho. Gradiva Publicações. 2 ed. Jan./1988.

SILVA, Gerluce Alves Pontes da. **A Vigilância e a reorganização das práticas de saúde**. Salvador, 2006. Tese de Doutorado – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. 2006.

SOUZA, Celina. Intermediação de Interesses Regionais no Brasil: O Impacto do Federalismo e da Descentralização. **Revista de Ciências Sociais**, v.41, n. 3, p. 569-592. Rio de Janeiro, 1998.

\_\_\_\_\_. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 25 jan. 2006.

\_\_\_\_\_. **Governos locais e gestão de políticas sociais universais**. São Paulo em Perspectiva, v. 18, n. 2. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 02 fev. 2006.

SOUZA, Gisélia Santana. **Vigilância Sanitária no Sistema Local de Saúde: O Caso do Distrito Sanitário de Pau da Lima – Salvador/Bahia, 2002**. Salvador, 2002. Dissertação de Mestrado. Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, 2002.

SOUTO, Ana Cristina. **Saúde e Política: A Vigilância Sanitária no Brasil**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, 2004.

STREN, Richard E. **The Newest Decentralization: Can we sustain it?** Unpublished paper. University of Toronto. 2002.

TEIXEIRA, Sônia Maria Fleury. Descentralização dos Serviços de Saúde: Dimensões Analíticas. In: **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, 24(2). p. 78-99, fev/abr. 1990.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, 4(2):331-339, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 04 mar 2007.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria et. al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.355-370. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc>. Acesso em: 09 jan. 2008.



## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

---

### **I – Identificação do entrevistado**

1. Nome
2. Cargo
3. Município

### **II – Diagnóstico**

1. Como ocorreu o processo de descentralização das ações de VISA? Início?
2. Qual o entendimento sobre descentralização?

### **III – Fatores de natureza política**

1. Como são priorizadas o desenvolvimento das ações de VISA no município?
2. Quais articulações existem com órgãos municipais e estaduais para desenvolver as ações de VISA? Como acontece?
3. Que tipo de decisão é tomado pela equipe de VISA municipal? Que poder a VISA tem?
4. Como é usado o poder de polícia?
5. Qual o grau de ingerência política partidária no desenvolvimento das ações de VISA?
6. Qual o grau de ingerência do nível estadual e/ou federal?
7. Qual a relação da VISA com o executivo municipal?
8. Quais dificuldades encontradas para execução das ações de VISA na sua área de competência? Fatores (técnica, operacional e política )

9. Quais facilidades encontradas para execução das ações de VISA na sua área de competência? Fatores ( técnica, operacional e política )
10. Quais avanços e impasses identificados pelo município no processo de descentralização das ações de VISA?
11. Considera que a VISA local tem contribuído no controle de riscos à saúde? Justifique.

### **III – Fatores de natureza operacional**

1. Qual estrutura física, tipo de equipamentos e veículos que a VISA dispõe?
2. Qual estrutura existente de cadastro dos estabelecimentos?
3. Qual o montante de recursos financeiros utilizados em VISA anualmente?
4. Qual a contrapartida do Estado e Município aos recursos repassados pelo nível federal?
5. Como ocorre o repasse de recursos financeiros pelo nível federal?
6. Considera que esta forma de repasse corresponde às necessidades do município?
7. Existe plano de ação em VISA?
8. Além das ações previstas na pactuação PAP/VS, que outras atividades a VISA desenvolvem?
9. Quais atividades ainda estão sob responsabilidade do nível central? Existe interesse de o município assumir?

#### **IV – Fatores de natureza técnica**

1. Qual o número de equipes que o município dispõe para assumir a descentralização das ações de VISA, segundo a Resolução CIB BA 120/06?  
Nível superior e nível médio.
2. Qual a formação dos profissionais de nível superior existente na Secretaria Municipal da Saúde para atuação na VISA?
3. Qual o número de profissionais com capacitação adequada para executar as ações de VISA? Qual abordagem das capacitações?
4. Qual o tipo de vínculo dos profissionais que atuam na VISA?
5. Como é feita a fiscalização dos estabelecimentos sujeitos à ação da VISA?

## **APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

---

Temos o prazer de convidá-lo (a) para participar da pesquisa intitulada “Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária: Impasses e desafios da sua implementação em municípios baianos”.

O objetivo deste estudo é analisar os fatores que vem dificultando ou facilitando a implementação das ações de Vigilância Sanitária - VISA nos municípios baianos em Gestão Plena do Sistema, identificando impasses e desafios que dificultam a assunção das suas responsabilidades, enquanto gestores plenos do sistema de saúde municipal.

O presente estudo é orientado pela Prof<sup>a</sup>. Dra. Maria do Carmo Lessa Guimarães e faz parte da dissertação do Mestrado Profissional em Administração/UFBA da aluna Raylene Logrado Barreto.

A metodologia adotada prevê a aplicação de entrevistas a “informantes chaves do Sistema de Saúde” e pesquisa documental nos relatórios de gestão da Diretoria de Vigilância Sanitária e Ambiental – DIVISA, da Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde - SUVISA e da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB, Normas Operacionais Básicas, legislação normativa de VISA, instrumentos de gestão (Programação Pactuada Integrada - PPI e Termo de Ajuste e Metas – TAM) e dos Planos Estaduais e Municipais de Saúde.

A pesquisadora garante que não há riscos de qualquer natureza para os participantes desta pesquisa que pretende, com esta pesquisa, contribuir para agregar conhecimentos sobre os fatores que possam estar dificultando e/ou facilitando a implementação das ações de VISA no âmbito municipal no contexto da descentralização da saúde no Estado da Bahia.

O (a) Senhor (a) também tem a garantia de que, em qualquer etapa do estudo, terá acesso a pesquisadora responsável para esclarecimento de eventuais dúvidas. É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento de estudo. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os demais participantes, não sendo divulgada a identificação dos mesmos. Não há despesas

pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. A pesquisadora se compromete a utilizar os dados coletados somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado (a) a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, a garantia de confidencialidade e de esclarecimentos.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante a mesma, sem penalidades ou prejuízo.

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2007.

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante:

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE C - PLANO DE ANÁLISE

	<b>DIMENSÕES/ CATEGORIAS</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>MEIOS DE VERIFICAÇÃO</b>	<b>FONTE</b>
<b>D E S C E N T R A L I Z A Ç Ã O</b>	<b>TÉCNICA/Re cursos humanos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nº. profissionais para assumirem as ações VISA – Resolução CIB BA 120/06.</li> <li>• Tipo de vínculo dos profissionais que atuam na VISA.</li> <li>• Tipo de formação dos profissionais de nível superior que compõe a equipe de VISA.</li> <li>• Nº. de profissionais capacitados para executar ações locais de VISA.</li> <li>• Atividades desenvolvidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise documental</li> <li>• Entrevista</li> </ul>	<p>Secretários Municipais de Saúde</p> <p>Coordenadores e Técnicos de VISA</p> <p>Relatórios de Gestão/Planos Municipais de Saúde/ Planos de Ação VISA</p>
	<b>OPERACIONAL Infra- estrutura; Recursos financeiros; Instrumentos gerenciais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de espaço físico.</li> <li>• Nº veículos e equipamentos existentes.</li> <li>• Existência de cadastro informatizado.</li> <li>• Existência instrumentos gerenciais.</li> <li>• Recurso financeiro repassado do MS fundo a fundo para executar ações VISA.</li> <li>• Existência de contrapartida estadual/municipal.</li> <li>• Suficiência dos recursos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise documental</li> <li>• Entrevista</li> </ul>	<p>Secretários Municipais de Saúde</p> <p>Coordenadores e Técnicos de VISA</p> <p>Relatórios de Gestão/Planos Municipais de Saúde/ Planos de Ação VISA</p>
	<b>POLÍTICA Priorização/A ções interse- toriais/Inge- rência/Auto- nomia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ações prioritizadas através do planejamento</li> <li>• Articulação existente com órgãos estaduais/municipais.</li> <li>• Existência de ingerência política partidária.</li> <li>• Existência de ingerência do nível estadual/federal.</li> <li>• VISA com autonomia para tomada de decisão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análise documental</li> <li>• Entrevista</li> </ul>	<p>Secretários Municipais de Saúde</p> <p>Coordenadores e Técnicos de VISA</p> <p>Relatórios de Gestão/Planos Municipais de Saúde/ Planos de Ação VISA</p>

## ANEXO A - APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



Governo do Estado da Bahia  
Secretaria de Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº 197/2007

Ref.: Desenvolvimento de Projeto

Salvador, 07 de novembro de 2007.

### ESTIMADA

Raylene Logrado Barreto  
PESQUISADORA RESPONSÁVEL

**Projeto de Pesquisa:** "Descentralização das Ações de Vigilância Sanitária: Impasses e Desafios de sua implementação em municípios baianos".

**Pesquisador (a) Responsável:** Raylene Logrado Barreto.

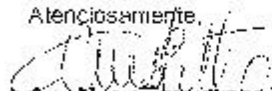
**Situação do Projeto:** APROVADO.

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB, reunido em 07 de novembro de 2007.

O projeto pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nosso sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando ao pesquisador (a) a necessidade de informar essa Comitê do relatório parcial e ou final no período de 6 (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº 68/06, IX - 2 c.

Atenciosamente,

  
ANA MARIA FERNANDES PITTA  
Coordenadora do CEP-SESAB

CEP-SESAB - Rua Estácio de Sá - Saúde - Pólis,  
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 173 - Rio Sincroniza,  
Brasília - DF 5116-6633 Fone: (70) 3116-5334  
E-mail: [cep@sesab.ba.gov.br](mailto:cep@sesab.ba.gov.br)